

Centre de **R**éférence en **S**anté **M**entale

CRéSaM, asbl

État des lieux

Initiatives spécifiques « Exil »



Centre de Référence en Santé Mentale, CRéSaM, asbl

Boulevard de Merckem, 7 – B-5000 Namur

Tel : 081/25 31 40 – mail : cresam@cresam.be

Agréé
et subventionné
par la Wallonie



Wallonie

Table des matières

Préambule	4
Contexte.....	4
Objectif.....	4
Méthodologie	4
Introduction.....	5
1. Présentation des services	7
1.1. Historique	7
1.1.1. Contexte général	7
1.1.2. Les structures d'accueil comme envoyeurs	9
1.1.3. Les services d'interprétariat social	9
1.1.4. Modifications des politiques d'accueil	10
1.1.5. Evolutions et impacts sur les services	12
1.1.6. Évolutions au niveau des services envoyeurs	12
1.1.7. Situation actuelle.....	13
1.2. Présentation du public fréquentant les services.....	14
1.2.1. Les réfugiés dans le monde	15
1.2.2. L'immigration en Belgique.....	15
1.2.3. La part des personnes étrangères ou d'origine étrangère au sein des SSM en Région wallonne :	16
1.2.4. Caractéristiques du public fréquentant les initiatives spécifiques « Exil »	16
1.3. Les services dans leur contexte.....	27
1.3.1. Au niveau légal	27
1.3.2. Présentation des services.....	27
1.3.3. Localisation des centres d'accueil par province	29
1.3.4. Cadre institutionnel belge et européen en matière d'aide en santé mentale aux demandeurs d'asile	30
1.3.5. Le paysage wallon, francophone, belge et européen d'offre spécifique de services de soins en santé mentale aux migrants, réfugiés, victimes de torture	31
1.3.6. Référentiels théoriques	32
2. Approche multifocale de la santé mentale	39
2.1. Santé mentale et migration.....	39
2.2. Aménagement du cadre thérapeutique.....	45
Illustration	50
2.3. Les situations de trauma	52

2.4.	Les situations de deuil	54
3.	Les modes d'intervention	56
3.1.	Le travail administratif	56
3.2.	Les nouvelles demandes.....	57
3.3.	L'entretien d'accueil.....	58
3.4.	L'intervention sociale	58
3.5.	L'intervention psychologique et thérapeutique	59
	Illustration : M et ses terreurs nocturnes.....	60
3.5.1.	L'accompagnement thérapeutique avec l'aide d'un interprète	62
3.5.2.	Le groupe ethnopsychiatrique	63
3.6.	L'intervention médicale.....	65
3.7.	L'intervention communautaire	65
	Illustration : Une fois n'est pas coutume	67
3.8.	Les actions de sensibilisation	68
3.9.	Le travail en équipe	69
3.9.1.	La gestion de la liste d'attente	69
3.9.2.	Organisation de la prise en charge.....	69
3.9.3.	La fin de la prise en charge.....	71
	Illustration : Chantal	71
3.10.	La fonction de coordination	73
3.11.	En guise de conclusion : spécificités et questionnements	73
4.	Conclusion	75
5.	Recommandations	79
6.	Annexes.....	82
6.1.	Liste des documents de travail.....	82
6.2.	Pays hôtes du plus grand nombre de réfugiés en 2013	83
6.3.	Effectifs et pourcentages des grands groupes de nationalité des immigrations internationales en 2011	84
6.4.	Les 10 principaux pays d'origine des demandeurs d'asile en Belgique en 2013	85
6.5.	Le paysage belge et européen d'offre spécifique de services de soins en santé mentale aux migrants, réfugiés, victimes de torture.....	86
6.6.	Recherche de la Clinique de l'Exil au sujet de l'organisation des soins de santé mentale pour réfugiés et demandeurs d'asile en provinces de Namur et Luxembourg.	87
6.7.	Projet EUGATE : sept composants de bonnes pratiques dans les services de santé mentale pour immigrants en Europe	89
7.	Bibliographie	90
8.	Pour en savoir plus.....	94

9. Liste des abréviations utilisées 99

Préambule

Contexte

Suite aux sollicitations des équipes des initiatives spécifiques (IS) « Exil », le CRéSaM a collaboré, dans le cadre de sa mission d'appui, à la réalisation d'une synthèse du travail de ces IS de service de santé mentale (SSM).

Public cible

Sont concernées par cet état des lieux les trois initiatives spécifiques¹ « Exil » ; à savoir : la Clinique de l'Exil (SSM Provincial Namur - Avenue Reine Astrid, Namur), Santé en Exil (SSM Tramétis, Charleroi), Tabane (SSM Club André Baillon/asbl Tabane, Liège). Ces services sont spécialisés dans l'accompagnement thérapeutique des personnes étrangères ou d'origine étrangère. Bien qu'il ne soit pas reconnu par la Région wallonne comme initiative spécifique de SSM, l'Espace 28 de Verviers est également associé à cette recherche. Il s'agit d'une association qui vise le soutien et l'accompagnement de toute personne en situation d'exil. L'espace 28 partage les mêmes orientations théoriques et de ce fait un cadre de travail similaire aux initiatives spécifiques « Exil » ; cependant, du fait de son histoire il a également des particularités, comme par exemple une grande diversité des actions communautaires.

Objectif

L'objectif est, à partir d'un travail d'investigation exploratoire :

- de situer le travail des initiatives spécifiques « Exil » aujourd'hui :
 - o Évolution des demandes et du public (nombre, problématiques, caractéristiques etc.) ;
 - o Évolution du travail : modalités de prises en charge et partenariats ;
- de dégager des constats, des points forts, des préoccupations ;
- de proposer des pistes et recommandations concernant le travail en santé mentale avec les situations d'exil.

Méthodologie

Le travail mené se base sur les documents existants : PSSM (projets des services de santé mentale), rapports d'activités, statistiques, vignettes cliniques, etc. des trois équipes reconnues ainsi que, à titre indicatif, le rapport d'activité de l'Espace 28².

Les 4 équipes ont également été rencontrées sur leur terrain dans le but de mieux situer leur population et l'accueil réservé à cette population. Ces rencontres ce sont traduites par des échanges entre un représentant du CRéSaM et les équipes des initiatives spécifiques, une visite des locaux et une participation du CRéSaM à des réunions d'équipes cliniques.

Afin d'avoir une vue plus générale sur le public, la pratique et les enjeux, divers ouvrages de référence ont été également exploités.

¹ Ces trois services bénéficient d'un agrément à durée indéterminée en qualité d'Initiative Spécifique spécialisée dans la prise en charge de toute personne étrangère ou d'origine étrangère.

² Voir liste des documents de travail en annexe (point 7.1.)

Introduction

La maladie et la souffrance n'ont pas de frontières et l'accès à des soins fait partie des droits imprescriptibles de l'homme.

Didier Fassin³

Les participants à la conférence européenne de haut niveau « Ensemble pour la santé mentale et le bien-être », reconnaissent que « *la santé mentale est un droit de l'homme. Elle est indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie. Elle favorise l'apprentissage, le travail et la participation à la société⁴* ».

L'accès aux soins fait partie des droits de l'homme. Cependant, l'accessibilité aux soins est une problématique très large qui fait écho à de nombreuses questions. Comment rendre le soin en santé mentale plus accessible, sachant que l'offre ne suffit pas à susciter la demande du public visé ? Comment tenir compte des particularités de la population que nous voulons toucher ? De quelle façon les personnes en souffrance sont-elles informées de leurs droits aux soins ?

Cela fait plus de 10 ans aujourd'hui que trois initiatives spécifiques « Exil » en service de santé mentale sont reconnues comme spécialisées dans la prise en charge de toute personne étrangère ou d'origine étrangère. Les questions relatives à l'accessibilité aux soins traversent quotidiennement leur pratique, sans cesse changeante. Celle-ci se transforme au gré des évolutions des problématiques rencontrées et du profil des consultants ; évolutions en étroites relations avec les modifications dans les politiques belges de migration et de séjour, les conflits dans le monde, la mondialisation...

Ces équipes, qui inscrivent leurs pratiques dans un courant d'expertise international, tentent quotidiennement de rendre leur service plus accessible à toute personne étrangère ou d'origine étrangère. Elles proposent en outre aux personnes et services en contact avec ce public de mener une réflexion sur ses besoins en santé mentale, de questionner l'adéquation des soins, les ressources et les obstacles rencontrés par cette population.

Ces questions mériteraient de s'y arrêter plus longuement et nous y serons attentifs tout au long du rapport. Nous débiterons la synthèse par un état des lieux des réponses apportées par les équipes « Exil » pour rendre le soin accessible et adéquat. L'analyse de l'organisation et de la pertinence des soins de santé mentale pour les personnes étrangères ou d'origine étrangère permettra ensuite de mieux définir le rôle des services spécialisés et de les situer par rapport aux services généralistes au bénéfice d'une bonne articulation entre eux.

Concrètement :

- Un 1^{er} chapitre portera sur la présentation des services : leur histoire, les spécificités du public et le contexte légal et théorique dans lequel s'ancrent les trois services.
- Un 2^{ème} chapitre, plus théorique, se focalisera sur l'approche multifocale de la santé mentale. Cette approche de la santé mentale nous permettra de mieux comprendre les raisons qui ont

³FASSIN D., « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », in *Hommes et Migrations*, 2000, n° 1225, p. 9.

⁴ *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être*, conférence de haut-niveau de l'UE « ensemble pour la santé mentale et le bien-être », p 2.

amenées les équipes « Exil » à développer un cadre thérapeutique spécifique pour le travail avec les migrants.

- L'état des lieux se poursuivra sur les différentes interventions des équipes, en lien avec les référentiels théoriques à la base de l'aménagement du cadre thérapeutique. Il sera traité ici des différentes déclinaisons du travail administratif, social, thérapeutique, communautaire, de sensibilisation et d'équipe.
- Nous terminerons avec les spécificités et les questionnements que soulèvent le cadre thérapeutique et le public des équipes « Exil ».

Il est à noter que, dans la pratique quotidienne, les points abordés successivement dans ce travail s'entrecroisent et se superposent continuellement.

Les services « Exil » s'adressent à toute personne étrangère ou d'origine étrangère, quel que soit son statut juridique. Tout au long de ce travail, la catégorie des demandeurs d'asile sera cependant régulièrement traitée. La demande d'asile reste en effet le motif migratoire de nombre d'usagers qui introduisent une demande de suivi auprès des services. Cette situation, qui tend à diminuer, peut s'expliquer par le contexte dans lequel les services se sont développés et par la collaboration qui s'est installée entre les structures d'accueil et les initiatives spécifiques « Exil » au vu du motif migratoire potentiellement porteur de vulnérabilités psychiques. Parmi les demandeurs d'asile, certains ont en outre été exposés à des traumatismes pré-migratoires. Il est toutefois important de garder en mémoire qu'en tant que structure de santé mentale, les équipes « Exil » accompagnent les migrants de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} génération, en situation régulière ou irrégulière, en proie à des souffrances psychiques. C'est de l'ensemble de ce public dont il sera question dans ce travail.

Tout comme les équipes « Exil », nous souhaitons également rappeler que la migration n'est pas une maladie et qu'il est important de veiller à ne pas psychiatriser la situation des personnes étrangères ou d'origine étrangère, même celle des demandeurs d'asile. La prise en charge des souffrances psychiques concernent (si l'on s'en tient aux consultants des IS « Exil ») un peu plus de 1000 personnes en Wallonie alors qu'il y a 347.342⁵ personnes étrangères dans la Région. Les souffrances et leurs expressions sont bien souvent des réactions normales face à des situations anormales. Nous verrons dans le texte la diversité des réactions possibles aux situations d'exil et de migration.

Le travail des équipes « Exil » étant en constante interaction avec l'évolution des politiques d'asile, des flux migratoires et des services d'interprétariat, les données du présent rapport se réfèrent à la situation au 31 décembre 2014.

⁵ Au 1^{er} janvier 2014 : <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/natact/beletr/>. Notons que ce chiffre ne prend pas en compte les personnes d'origine étrangère ayant la nationalité belge

1. Présentation des services

1.1. Historique

1.1.1. Contexte général

Tout au long du 20^{ème} siècle, la Belgique a connu différentes vagues migratoires. En 1999, la Belgique, tout comme d'autres pays européens, fait face à un pic sans précédent de demandeurs d'asile. Le déclenchement d'une guerre ouverte au Kosovo en 1998 met 800.000 personnes sur les routes, 400.000 rien que les deux premières semaines du conflit. Ces réfugiés sont accueillis, dans un premier temps par les pays voisins : Albanie, Macédoine, Monténégro. Ces derniers atteignent bien vite les limites de leur capacité d'accueil. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) lance alors un appel aux pays européens pour que ces derniers accueillent eux aussi des réfugiés. « *Plus de 85.000 Albanais du Kosovo seront accueillis dans les différents pays de l'Union européenne dans le cadre du programme d'évacuation du HCR* ⁶ ». Il s'agit d'une mesure collective. Les kosovars arrivés dans le cadre de ce programme ont bénéficié, en Belgique, d'une protection temporaire pour une durée de 1 an⁷. Les kosovars ayant bénéficié du programme d'évacuation tout comme les kosovars arrivés « par leurs propres moyens » avaient la possibilité de déposer une demande d'asile ou tout autre demande de protection. En 2000, il s'agissait d'environ 4.000 réfugiés temporaires qui ont ainsi été accueillis dans différents centres d'accueil, pour un an. Une partie de ces kosovars sont retournés dans leur pays à la fin des affrontements.

1.1.1.1. Au niveau régional : le réseau psycho-social en Région wallonne

C'est entre autre pour cette raison que, sollicitée par la Région wallonne, la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale (LWSM), a mené, avec la Croix-Rouge, un projet d'accompagnement psychosocial de ces réfugiés kosovars. Ce fut l'occasion de lancer une dynamique dans le réseau de soins en santé mentale autour de cette problématique, déjà amorcée en 1999 lorsque la LWSM et la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM), en collaboration avec MSF Belgique ont permis à des psychologues algériens d'effectuer des stages de formation dans différents services de santé mentale en Wallonie et Bruxelles.

En 2000, dans le prolongement de cette initiative d'accueil de réfugiés kosovars, les projets de la « Clinique de l'Exil » de la Province de Namur et de « Racines Aériennes » (actuellement « Tabane ») ont vu le jour en répondant à l'appel à projet initié par la Région wallonne « action cordonnée dans le réseau autour des soins et des services de première ligne ». Leurs projets ont été retenus, et renouvelés en 2001.

En effet, cet afflux historique de migrants⁸ avait mis au grand jour les carences du réseau psychosocial wallon au niveau de l'accueil et de l'accompagnement thérapeutique des personnes

⁶ CROZET A., « L'accueil des kosovars dans l'Union Européenne : éviter l'application de la convention de Genève ? », in *Plein droit* n° 44, décembre 1999

⁷ La protection temporaire « en cas de mouvement massif de personnes ayant besoin d'une protection internationale », est conçue comme une solution transitoire précédant l'accès à la Convention de Genève lorsque le nombre des arrivées rend impossible l'examen immédiat des demandes d'asile. La notion de *protection temporaire* s'entend d'une mesure administrative permettant de répondre à des situations d'urgence humanitaire et d'afflux de personnes déplacées, accordée à durée déterminée et sur la seule base de l'origine nationale.

⁸ A titre de comparaison, en 2000, il y avait 46 000 personnes qui demandaient l'asile en Belgique, contre 13 000 aujourd'hui.

étrangères ou d'origine étrangère. A cette époque, peu de services venaient en aide au public des réfugiés et demandeurs d'asile ; on ne comptait aucun service d'interprétariat et très peu de centres d'accueil. Les intervenants psycho-sociaux se trouvaient vite démunis face à ce public.

Cependant, la prise de conscience de la nécessité de mettre en place une clinique de la transculturalité par certains acteurs de la santé mentale est antérieure à la crise du Kosovo

Il s'agit, par exemple, du Docteur Daniel Schurmans qui, en 1994, a mis en place un séminaire d'ethnopsychiatrie en collaboration avec le CEDS (Centre d'Etudes et de Documentation Sociales). Un groupe de personnes qui suivaient régulièrement ce séminaire a organisé les premières consultations en groupe ethnopsychiatrique. Ces consultations avaient pour but de venir en aide aux familles et aux couples qui vivaient des difficultés d'ordre culturel et transculturel. Dès que l'association « Racines Aériennes » (ancêtre du dispositif Tabane) a été constituée et a pu disposer de locaux, elle a également proposé, en plus des consultations en groupe ethnopsychiatrique, des entretiens individuels avec interprètes.

Dès 2003, le SSM « Club André Baillon » met ses ressources en commun avec « Racines Aériennes » pour le suivi de cette population et, en 2004, il obtient un agrément pour une mission spécifique « Exil » de service de santé mentale.

C'est en 2007, après la dissolution de « Racines Aériennes » en raison de difficultés financières, organisationnelles et institutionnelles, que le dispositif actuel Tabane est créé⁹.

Le projet initial de la « Clinique de l'Exil », mené par Paul Jacques et Tite Mugrefya, fondateur de l'asbl « Mpire » d'aide psychologique aux rescapés du génocide rwandais de 1994, était de venir en appui aux intervenants psycho-sociaux en contact avec un public de migrants et de réfugiés traumatisés. La volonté de départ était de mobiliser les ressources déjà existantes.

En 2002, après une période pilote, le service «Clinique de l'exil » obtient un agrément en tant que mission spécifique du service de santé mentale de la Province de Namur situé rue Reine Astrid.

A Charleroi, en 2002, le CeRAIC (Centre Régional d'Action Interculturelle du Centre) fait le constat, via une étude subsidiée par le FER, qu'il manque des structures spécifiques pour la prise en charge de la population étrangère ou d'origine étrangère dans le Hainaut. Le CeRAIC développe alors un projet, co-financé par la Région wallonne et le FER, de prise en charge des problèmes psychologiques pour ce public-cible.

En 2003, le CeRAIC cherche à pérenniser ce projet au sein d'un service de santé mentale dans le Hainaut. En 2004, les membres de l'équipe du SSM généraliste Tramétis, s'interrogeant déjà depuis quelques années sur leur pratique avec ce public, saisissent l'opportunité donnée par le CeRAIC pour mettre en place une équipe spécifique au sein du service Tramétis.

Les trois équipes « Exil » ont également mené ou mènent encore des projets subsidiés par le Fonds Européen pour les Réfugiés (FER).

⁹ Ce dispositif «est rendu possible par l'effort conjugué de 2 associations, l'asbl Tabane et le service de santé mentale « Club André Baillon ». Ce dernier est agréé et subsidié par la Région wallonne pour mener une mission spécifique en faveur des migrants. Cette mission est remplie en associant les moyens particuliers de cette subvention à ceux de l'asbl Tabane. Sur le terrain, les deux équipes agissent ensemble et les conseils d'administration veillent à maintenir la cohérence du projet via certaines réunions communes et la représentation d'administrateurs du Club dans le conseil de Tabane » (Rapport d'activité 2013 de l'asbl Tabane, p. 3).

1.1.1.2. Au niveau fédéral : naissance de Fedasil

Parallèlement à la mise en place des services et à l'activation des ressources d'ordre psycho social pour accueillir cet afflux de demandeurs d'asile, l'Etat belge revoit son organisation pour l'accueil des réfugiés¹⁰. En janvier 2001, l'Etat belge supprime l'aide financière octroyée par les CPAS aux demandeurs d'asile, au profit d'une aide matérielle (il s'agit de la « loi Accueil »). Une aide financière sera dispensée après l'examen de la recevabilité de la demande. Ce sont les structures d'accueil qui peuvent dispenser cette aide matérielle. Des centres d'accueil sont donc créés un peu partout en Belgique. Toujours dans l'idée d'améliorer l'organisation de l'accueil des demandeurs d'asile, le gouvernement fédéral fonde, en février 2001, l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile, qui sera réellement mise en place en mai 2002 sous le nom de Fedasil. C'est donc une instance d'utilité publique. La loi-programme du 19 juillet 2001 définit leur mission. Fedasil est chargé de l'accueil des demandeurs d'asile et des autres groupes-cibles et garantit la qualité et la conformité à la loi des différentes modalités d'accueil. Il coordonne également les différents programmes de retour volontaire¹¹.

1.1.2. Les structures d'accueil comme envoyeurs

Les centres d'accueil nouvellement créés en Région wallonne ou à proximité ont très vite adressé les demandeurs d'asile qui présentaient des troubles d'ordre psychologique aux trois services implantés en Région wallonne, spécialisés dans la prise en charge de personnes étrangères ou d'origine étrangère, à savoir, la Clinique de l'Exil, Santé en Exil et Tabane. A cette époque, 70% à 80% de leurs usagers étaient des demandeurs d'asile en cours de procédure. Ces services se sont retrouvés très vite débordés de demandes d'accompagnement de personnes présentant, pour nombre d'entre eux, des symptômes post-traumatiques. Bien que les objectifs de départ portaient sur l'appui et l'activation du réseau, les services avaient peu de possibilité de réorienter leurs usagers en Wallonie. L'importance de sensibiliser le réseau à la prise en charge particulière que demande ce public fait toujours partie des missions et de la philosophie de travail des trois services. L'enjeu a toujours été de rendre tous les lieux de soin accessibles à ce public spécifique.

A cette époque-là, Tabane développe son volet social suite à sa collaboration avec les centres d'accueil et se penche sur la question de l'accompagnement des demandeurs d'asile après leur sortie des centres et des Initiatives Locales d'Accueil (ILA).

1.1.3. Les services d'interprétariat social

Une des premières conditions pour rendre les soins accessibles est de recevoir en consultation le patient avec l'aide d'un interprète professionnel. La pratique des équipes spécifiques « Exil » est indissociable de l'existence d'un service d'interprétariat social.

Au début des années 2000, le SeTIS wallon tel qu'on le connaît aujourd'hui n'existait pas. Certains Centre régionaux d'intégration (CRI), tels que le CRIPEL¹² à Liège ou le CAI¹³ à Namur, avaient mis sur pied un service de « médiation interculturelle ». Les jeunes équipes spécifiques de soins en santé

¹⁰ Document qui comporte des « Extraits du site internet de Fedasil : WWW.FEDASIL.BE (janvier 2007) »

¹¹ Site Internet de Fedasil : <http://fedasil.be/fr/content/notre-mission> consulté le 19/08/14

¹² Centre Régional pour l'Intégration des Personnes Etrangères ou d'origine étrangère de Liège

¹³ Centre d'Action Interculturelle de la province de Namur asbl

mentale faisaient alors essentiellement appel au CRIPEL, et au CIRE¹⁴ à Bruxelles. À l'époque, la Ligue wallonne pour la santé mentale (LWSM), en collaboration avec le CIRE et avec le soutien du FIPI¹⁵, a mis à disposition des services de soins en santé mentale un groupe d'interprètes du CIRE. A l'initiative du « Carrefour interculturel wallon » et du CIRE, la structure d'interprétariat social COFETIS¹⁶ a vu le jour en 2004. Ensuite, en 2008, le SeTIS Wallon a fonctionné indépendamment du SeTIS Bruxelles, toujours en lien avec les CRI, entre autres grâce au soutien financier de Fedasil, de la Région Wallonne et du Fond Européen pour les Réfugiés (FER). Aujourd'hui le SeTIS wallon est une structure entièrement autonome mais qui connaît des difficultés faute de financements structurels suffisants depuis la fin du soutien financier de Fedasil et du FER.

Ce service se définit aujourd'hui comme un « *outil au service d'une politique publique en matière de cohésion sociale, d'égalité des chances, de lutte contre les discriminations et d'intégration des populations immigrées résidant en Wallonie*¹⁷ ».

Tous changements dans l'organisation pour faire appel à un interprète, et les directives de travail au sein de ce service touchent de près les IS Exil. En effet, ce service leur est indispensable à une bonne pratique de travail. Il est important de noter que, en 2013, 25% des prestations du SeTIS wallon le sont pour les trois équipes « Exil » et leurs usagers. Le secteur de la santé mentale comptabilise ainsi 37% des prestations, avec celles assurées en outre pour CARDA¹⁸ et Espace 28. Au sein de l'ensemble des services du secteur de la santé mentale qui font appel au SeTIS, les équipes « Exil » comptabilisent 67% des prestations.

Les trois initiatives spécifiques, en plus de faire appel à un interprète lors des consultations, ont aménagé un cadre de travail prenant en compte la culture, la situation géopolitique du pays d'origine ainsi que le contexte social, juridique et administratif de l'utilisateur. Ces services, grâce à leur volonté de sensibiliser le réseau à leur pratique, ont très vite bénéficié d'un rôle d'expert. Ce travail d'expertise se traduit par l'organisation de conférences, des interventions dans des colloques ou encore par la supervision d'intervenants du secteur psycho-médicosocial lorsque ceux-ci se sentent en difficulté par rapport à des patients étrangers ou d'origine étrangère.

1.1.4. Modifications des politiques d'accueil

Après la crise de l'accueil en 2000, « *les entrées des demandeurs d'asile ont tendance à diminuer pour atteindre un chiffre inférieur à 10 000 demandeurs d'asile en 2007*¹⁹ ». Entre 2008 et 2012, le réseau d'accueil a de nouveau été surchargé et de nouveaux lieux d'accueil ont été créés. Malgré cette mesure, dans les faits, de nombreuses personnes se sont retrouvées à la rue²⁰.

Selon le rapport annuel 2013 de Migration, « *en avril 2012, le réseau d'accueil atteint une capacité maximale de 24.820 places* ». Ensuite, cette capacité d'accueil n'aura de cesse de diminuer. « *Le nombre de nouveaux arrivants dans le réseau d'accueil a en effet fortement diminué, suite à la baisse du nombre de demandes d'asile et sous l'effet de mesures structurelles, telles que l'introduction d'une*

¹⁴ Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers

¹⁵ Fonds d'Impulsion à la Politique des Immigrés

¹⁶ Coordination Fédérale de la Traduction et de l'Interprétariat Social.

¹⁷ <http://www.setisw.be>, site web consulté le 5/11/14

¹⁸ CARDA : Centre d'Accompagnement Rapproché pour Demandeurs d'Asile en souffrance mentale, Bierset

¹⁹ *Migrations : rapport annuel 2013*. (2014) Bruxelles, Centre fédéral pour l'analyse des flux migratoires, la protection des droits fondamentaux des étrangers et la lutte contre la traite des êtres humains, p. 67.

²⁰ Idem, p. 72.

liste de pays d'origine sûrs et la limitation du droit à l'accueil des personnes qui introduisent des demandes d'asile multiples »²¹. Cette tendance s'est poursuivie en 2013. « À la suite de cette baisse des demandes, le nombre de places d'accueil s'est encore réduit en 2013. Les centres d'accueil d'urgence de Houthalen-Helchteren et de Gembloux ont ainsi fermé leurs portes, tout comme les centres de Dinant et de Stoumont et plusieurs structures d'accueil individuel ». Les auteurs ajoutent que « l'année 2012 marque la première baisse avérée de l'immigration au cours des deux dernières décennies²². » Il est intéressant également de noter que « la Belgique est le seul pays qui a enregistré, en 2013, moins de demandeurs d'asile qu'en 2012²³ ». Par contre, « ce qui a plus clairement augmenté entre 2012 et 2013, c'est le nombre d'octrois de la protection subsidiaire (passant de 7% à 11% des décisions)²⁴ ».

Le rapport annuel de Migrations précise cependant qu' « à ce stade, il est difficile de tirer de grandes conclusions sur la diminution des immigrations en 2012, même si plusieurs éléments vont dans ce sens : les chiffres sur le regroupement familial affichent une diminution, le nombre de reconnaissances du statut de réfugié ainsi que le nombre de régularisations sont en baisse également. La politique migratoire plus restrictive, combinée à un contexte de crise économique rend sans doute la Belgique moins attractive et surtout moins accessible pour les migrants potentiels²⁵. »

Actuellement, la tendance est à l'économie avec comme conséquence immédiate la fermeture du centre d'accueil de Virton fin 2014. « Le Conseil des ministres a approuvé ce jeudi 11 décembre [2014] le plan d'économies soumis par le secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration. Ce plan prévoit la fermeture de 2.057 places d'accueil pour disposer, courant 2015, d'une capacité d'accueil structurelle de 16.636 places (et 2.193 places tampon). En ce qui concerne les centres fédéraux, cette diminution de la capacité nécessite la fermeture du centre d'accueil de Virton (130 places d'accueil). Le centre d'accueil de Virton (...) a ouvert ses portes le 15 mars 1999. Il dispose d'une capacité d'accueil de 130 places, dont 36 places spécifiques pour mineurs étrangers non accompagnés (Mena). Actuellement, 72 demandeurs y sont hébergés »²⁶.

Ce plan d'économies a lieu alors que, paradoxalement, les demandes d'asile augmentent suite aux conflits en Irak et en Syrie. A côté des fermetures de centre d'accueil, le secrétaire d'Etat à l'Asile et à la Migration veut augmenter les places en centres fermés et mène un projet-pilote dans 8 communes belges, intitulé Gaudi, qui vise à « renvoyer plus rapidement dans leur pays d'origine les auteurs de méfaits étrangers, notamment des vols à la tire, qui seraient en situation illégale dans notre pays²⁷ ».

²¹ « La principale modification (de la procédure d'asile et des possibilités de recours) est une conséquence du nombre important de **demandes d'asile multiples** (qui ont un faible taux de reconnaissance). Cette modification comporte trois aspects. Tout d'abord, le CGRA (Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides) est désormais compétent pour prendre (ou non) en considération les demandes d'asile multiples. Dorénavant, l'OE (Office des Etrangers) ne prend plus que note des nouveaux éléments présentés par le demandeur d'asile. Le CGRA examine ensuite la demande sur la base du dossier (en principe sans convoquer l'intéressé). Ensuite, un nouveau filtre a été introduit au niveau de l'analyse du contenu de ces demandes multiples. Le CGRA examine en effet la présence d'éléments nouveaux « qui augmentent de manière significative la probabilité » que le demandeur remplisse les conditions pour bénéficier d'une protection. Enfin, la procédure auprès du CCE (Conseil du Contentieux des Etrangers) a également été modifiée. ». *Migrations : rapport annuel 2013*. Op cit. p.19.

²² *Migrations : rapport annuel 2013*. Op cit. p.19.

²³ Idem, p. 65

²⁴ Idem, p. 68

²⁵ *Migrations : rapport annuel 2013*. (2014) Bruxelles, Centre fédéral pour l'analyse des flux migratoires, la protection des droits fondamentaux des étrangers et la lutte contre la traite des êtres humains, p.19.

²⁶ <http://fedasil.be/fr/news/accueil-des-demandeurs-dasile/fermeture-du-centre-fedasil-virton> consulté le 5/01/15

²⁷ <http://www.lalibre.be/actu/belgique/les-voleurs-a-la-tire-sans-papiers-plus-rapidement-renvoyes-chez-eux-54a63e0c357028b5e9ce2558> consulté le 5/01/15

1.1.5. Evolutions et impacts sur les services

La Belgique accueille actuellement moins de demandeurs d'asile qu'il y a quelques années. Nous l'avons vu, beaucoup d'usagers étaient adressés aux services par les structures d'accueil et les ILA. La suppression de certaines de ces structures entraîne également une diminution dans la part d'usagers orientés par les centres. Ces changements entraînent une diminution de la liste d'attente au sein des services « Exil », limités dans leur capacité d'accueil de cette population par les effectifs réduits de leurs équipes. A côté de ces raisons structurelles, plusieurs hypothèses peuvent être faites pour expliquer la diminution des orientations faites par les structures d'accueil dans l'ensemble des services envoyeurs. Tout d'abord, comme les initiatives spécifiques étaient souvent surchargées, les centres ont développé un réseau plus étendu, composé entre autre de psychologues privés. Ils ont aussi étoffé leur possibilité d'accompagnement au sein même de leur structure. La collaboration avec les services d'interprétariat influence également le travail, et ce, à plusieurs niveaux. Le manque d'offre d'interprètes et de langues proposées, par exemple, peut rendre le suivi avec certains usagers plus compliqué. La fréquence du suivi est donc fonction de la disponibilité de l'interprète et du thérapeute. Le réseau d'accompagnement psycho-social s'est étoffé avec comme conséquence de rendre les interprètes moins disponibles pour les services de santé mentale. De plus, la politique de gestion du SeTIS peut également peser sur le travail car les prestations sont limitées. Les structures d'accueil de Fedasil ainsi que la Croix-Rouge limitent la fréquence des consultations. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

1.1.6. Évolutions au niveau des services envoyeurs

Par contre, au niveau des envoyeurs, une variété d'autres services ont pris le relais. Cette diversification rend compte d'une meilleure implantation des services dans le secteur de l'aide aux personnes. Le bouche à oreille se développe également. A Tabane par exemple, les personnes envoyées par la famille ou les proches ou qui ont fait une demande spontanée représentent 30% des nouveaux usagers. Bien que la liste d'attente ait diminué, les nouvelles demandes sont souvent plus complexes et requièrent un encadrement plus complet. Une bonne part des patients des trois services présente des symptômes post-traumatiques, cependant, l'urgence du quotidien que leur impose une vie précaire rend moins possible le travail autour du trauma.

1.1.6.1. Tabane

Les chiffres doivent être précisés mais les évolutions incontestables sont :

- La diminution des envois par les centres d'accueil : elles passent de 50% à 20% (plancher à 14% en 2012) ;
- l'augmentation des demandes "non-professionnelles", entourage, etc. : elles passent de 10 à 30% ;
- L'augmentation des demandes du secteur des soins (y compris santé mentale) : de 10 à 20%.

De plus, l'équipe note une multiplication des envoyeurs, à l'intérieur d'une même catégorie, quand bien même le volume des envois dans la catégorie reste stable.

1.1.6.2. Clinique de l'exil

L'évolution des chiffres des services qui adressent les demandes au Service « Clinique exil » Namur reste assez stable au fil des ans. Lors de la création du service au début des années 2000, les structures

d'accueil étaient les principaux « envoyeurs », à près de 80 %. Ces trois dernières années, ce chiffre est passé à 50 % environ.

Un tiers des demandes vient des secteurs médicaux, santé mentale, services sociaux ou CPAS, ...

Et 20 % viennent parce qu'un proche le leur a conseillé.

Depuis trois ans, le nombre de prises en charge de sans-papiers (déboutés de l'asile ou retrait de séjour après séparation chez les personnes venues par regroupement familial) a augmenté.

Cette baisse du nombre d'envoi de demandes de suivis venant des Centres d'accueil et l'augmentation du nombre de prises en charge de sans-papiers, s'expliqueraient par plusieurs raisons :

- Les politiques belge et européenne de migration et d'asile sont de plus en plus restrictives ;
- Le nombre de demandeurs d'asile a baissé.
- La durée des procédures est plus courte et les Centres n'adressent pas de demande de suivis dès l'arrivée des demandeurs d'asile en Belgique.
- Il y a beaucoup de demandeurs d'asile afghans, syriens ou irakiens, mais le nombre d'interprètes disponibles au SeTIS en dari ou en arabe n'a pas augmenté. Pour les Erythréens, la langue n'est pas disponible au SeTIS.
- Les centres Fedasil ont des psychologues indépendants, qui reçoivent en privé, dans leurs locaux. Le nombre de psychologues qui reçoivent ce public en privé a augmenté.
- Certaines ILA ont fermé.
- L'équipe ressent au niveau des services médicaux des centres d'accueil, la mise en place d'un climat de restriction budgétaire pour la prise en charge des frais médicaux et psychologiques et davantage de contrôle sur « qui a droit à des soins psys ou pas ».

Ces hypothèses devraient être vérifiées par une enquête plus poussée.

1.1.6.3. Santé en Exil

En 2012 et 2013, l'équipe de Santé en Exil assiste à une diminution drastique des envoyeurs de type « centre d'accueil » (FEDASIL ou Croix-Rouge) liée sans doute au nombre de demandes d'asile en baisse. Par ailleurs, l'équipe constate une multiplication du nombre d'envoyeurs différents : médecins généralistes, services sociaux, hôpitaux locaux, etc. Ce réseau très varié témoigne de la reconnaissance du service de Santé en Exil sur le territoire. Toutefois, cela rend plus compliqué la mise en place de conventions privilégiées avec ce réseau diversifié. La spécificité du service et la réalité du terrain obligent Santé en Exil à être ouvert à un réseau toujours plus large et plus varié (maison médicale, psychologue privé, PMS, SAJ, abris de nuit, bénévoles, etc.). De ce fait, ces usagers qui ne relèvent plus de l'aide financière de FEDASIL sont, la plupart, à charge des CPAS voire même n'ont plus droit à l'aide matérielle du CPAS. Ce qui engendre pour le service de santé mentale Tramétis un surcoût car les frais d'interprètes sont alors totalement à charge du service.

1.1.7. Situation actuelle

« Il semblerait que les individus dont la demande a été introduite à partir de 2009 soient proportionnellement moins nombreux à recevoir le statut de réfugié que dans les cohortes plus anciennes²⁸ ».

Les restrictions de plus en plus nombreuses pesant sur les réfugiés ont abouti, pour cette population, à des conditions de vie de plus en plus précaires. En effet, *« depuis 2005, la proportion de décisions*

²⁸ *Migrations : rapport annuel 2013.* (2014) Bruxelles, Centre fédérale pour l'analyse des flux migratoires, la protection des droits fondamentaux des étrangers et la lutte contre la traite des êtres humains, p.70

*positives de régularisation n'a jamais été aussi faible*²⁹ ». La multiplication des statuts de séjour possibles et l'attente que créent les recours introduits ont comme conséquence qu'une bonne part de cette population devient vite hors circuit. Par exemple, un réfugié qui voit sa demande d'asile rejetée peut introduire une demande de régularisation pour raison médicale. Lors du traitement de la recevabilité de sa demande, il est considéré comme illégal et ne reçoit donc plus aucune aide, excepté l'aide médicale urgente (AMU). Voir schéma présenté dans le point 2.2.4. La part des usagers au sein des trois services « Exil » dont la demande d'asile est toujours en examen n'est plus que de 50% ou moins.

Le réseau des envoyeurs s'est étoffé : les centres PMS, les SAJ, etc. font de plus en plus appel aux services, ce qui est positif. Mais la perte de Fedasil comme organisme envoyeur ainsi que la précarité de plus en plus grande des personnes étrangères et d'origine étrangère tend à peser sur les services. En effet, les centres d'accueil de Fedasil prenaient en charge les frais de consultation ainsi que les frais d'interprète. Les CPAS ne remboursent pas systématiquement la consultation et de plus en plus rarement les frais d'interprète. L'AMU ne couvre pas les soins psychologiques. Les organismes payeurs de plus en plus rares et la précarisation croissante des usagers obligent les services à prendre à leurs frais un grand nombre de consultations. De plus il est très important, pour la relation thérapeutique et le suivi des patients, que le service puisse rester un point d'ancrage dans le parcours des patients, indépendamment de leur statut juridique. Offrir la possibilité de la gratuité des soins permet la plupart du temps de ne pas rompre ce lien, mais cela a un coût pour le service. À côté du coût financier, travailler avec des personnes en situation de grande précarité dont les chances d'obtenir une régularisation de séjour sont de plus en plus minces rend le suivi difficile, que ce soit pour trouver des solutions durables ou entamer un réel travail sur le psychisme ou encore compte tenu de la culpabilité que peut ressentir le travailleur.

En 10 ans, le profil des usagers des 3 services a donc changé, ou plutôt, la précarité est la réalité que vivent maintenant une grande partie de leurs usagers. Tout en restant fidèle à leur philosophie de travail, les équipes ont adapté leur pratique à cette nouvelle réalité de terrain.

1.2. Présentation du public fréquentant les services

Avant de présenter le public qui fréquente les services de santé mentale spécialisés dans l'accompagnement des personnes étrangères ou d'origine étrangère, il est intéressant de situer ce public spécifique dans un cadre plus global.

Si les équipes « Exil » s'adressent à l'ensemble de la population étrangère ou d'origine étrangère présente en Belgique, les nouvelles demandes viennent en majorité des demandeurs d'asile. C'est pourquoi ce chapitre se centre d'avantage sur les demandeurs d'asile.

²⁹ Idem, p.157

1.2.1. Les réfugiés dans le monde

En 2012, l'UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees³⁰) estimait à environ 10,5 millions le nombre de réfugiés³¹ dans le monde³². L'Union Européenne accueillait 17% de la population mondiale reconnue réfugiée et l'Amérique du Nord 4%. Nous ne pouvons que constater que « *en 2012, les principales régions d'origine des réfugiés ont aussi été les régions d'accueil de 75 à 93 % en moyenne des réfugiés*³³ ». Voir graphique en annexe (point 6.2.). Par contre, les demandeurs d'asile sont davantage représentés au sein des pays développés. En 2011, l'Afrique du Sud était la principale destination des demandeurs d'asile dans le monde. Les États-Unis arrivent en seconde position. La Belgique arrive en septième position, après l'Allemagne, la France, la Suède et la Grande-Bretagne, c'est-à-dire en cinquième position au niveau européen³⁴.

1.2.2. L'immigration en Belgique

Le fait que les réfugiés viennent plutôt demander asile dans les pays industrialisés ne veut pas dire qu'ils représentent la plus grande part de l'immigration dans ces pays. « *En Belgique, la plus grande part de l'immigration est principalement le fait de ressortissants de l'UE*³⁵ ». Voir graphique en annexe (point 6.3.). Plus précisément, « *les données disponibles au 1er janvier 2013 indiquent que 54% des personnes de nationalité étrangère sont issues des pays de l'UE-15 et 67% de l'UE-27*³⁶ ». En Belgique, les Français, les Italiens et les Hollandais représentent plus de 38% des étrangers. En d'autres termes, « *les demandeurs d'asile ne représentent qu'une faible proportion des migrants qui arrivent chaque année dans notre pays*³⁷ ».

« *La population belge compte 11% d'étrangers*³⁸ *et 19% de personnes nées avec une nationalité étrangère*³⁹. *Les étrangers devenus belges sont principalement issus des pays tiers [territoires situés hors de l'Union européenne]*⁴⁰ ».

La population de nationalité étrangère peut se résumer comme étant majoritairement européenne, jeune et masculine⁴¹.

³⁰ HCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés) dans les parties francophones.

³¹ « Au niveau mondial, la notion de réfugié englobe tant les personnes qui se sont vu octroyer ce statut au terme d'une procédure d'asile que celles qui ont quitté leur pays d'origine dans le cadre d'un déplacement massif de population ». Dans : *Rapport statistique et démographique 2013 : Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique*. Bruxelles, (2014), Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme – Université Catholique de Louvain : Centre de recherche en démographie et sociétés (DEMO)», p. 67.

³² Idem, p. 67

³³ UNHCR 2012, cité dans le *Rapport statistique et démographique 2013 : Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique*. Op cit., p. 69.

³⁴ Rapport op cit, p. 67

³⁵ Idem, p. 93

³⁶ *Migrations : rapport annuel 2013*. (2014) Bruxelles, Centre fédérale pour l'analyse des flux migratoires, la protection des droits fondamentaux des étrangers et la lutte contre la traite des êtres humains, p.30

³⁷ Idem, p.67

³⁸ « La **population étrangère** est la population qui n'a pas la nationalité belge » *Migrations : rapport annuel 2013*. (2014) Bruxelles, Centre fédéral pour l'analyse des flux migratoires, la protection des droits fondamentaux des étrangers et la lutte contre la traite des êtres humains, p.27

³⁹ « La **population étrangère à la naissance** est celle qui n'avait pas la nationalité belge à la naissance (le critère de base est donc la *nationalité à la naissance*), peu importe son lieu de naissance. La variable « nationalité à la naissance » permet de tenir compte des changements de nationalité et constitue sans doute la meilleure variable dont on peut disposer pour aborder la population d'origine étrangère ». *Migrations : rapport annuel 2013*. Op cit., p.27

⁴⁰ *Migrations : rapport annuel 2013*. Op cit., p. 28

⁴¹ Idem, p.31

1.2.3. La part des personnes étrangères ou d'origine étrangère au sein des SSM en Région wallonne :

Si on prend l'ensemble des services de santé mentale de la Région wallonne, 88.2% des nouveaux patients⁴² sont de nationalité belge. Cependant, il est intéressant de noter que « *parmi les non belges, il y a légèrement plus de personnes de nationalité hors union européenne qu'euro-péenne*⁴³ ». Les chiffres sont assez similaires pour la catégorie des jeunes consultants.

C'est donc assez logiquement que 80% des patients de ces SSM ont comme langue maternelle le français.

1.2.4. Caractéristiques du public fréquentant les initiatives spécifiques « Exil »

Pour rappel, les équipes des initiatives spécifiques « Exil » s'adressent aux populations étrangères ou d'origine étrangère qui recouvrent différents cas de figure : les demandeurs d'asile, les illégaux, les étrangers régularisés et les descendants des migrants. Cette population renvoie à de nombreux statuts et concepts auxquels sont liés autant de motifs migratoires. Tous les usagers de ces services présentent des difficultés en lien avec le parcours de vie d'immigré. Il s'agit d'hommes et de femmes de tous âges. Certaines caractéristiques sociologiques sont partagées par la majorité des usagers. Elles seront mises en parallèle avec celles de la population étrangère en Belgique.

Le profil du public change en fonction des politiques migratoires mais il peut également varier d'un service à l'autre en fonction des partenariats développés et des caractéristiques des membres des équipes. Par exemple, si un psychologue parle russe, il y aura plus de ressortissants russes ou parlant russe au sein du service.

1.2.4.1. Le statut juridique :

1.2.4.1.1. Quelques définitions

Avant d'aller plus loin dans la présentation des caractéristiques du public fréquentant les trois initiatives spécifiques « Exil », il est intéressant de définir un peu mieux ce que recouvrent le terme « population étrangère ou d'origine étrangère ». Quels concepts, statuts et motifs migratoires se cachent derrière ce public-cible des initiatives spécifiques « Exil » ? En d'autres mots : « de qui parle-t-on lorsque l'on évoque cette population ? ».

a) L'étranger

- Définition technique

*Elle relève du registre juridique : celui qui n'a pas la nationalité du pays où il réside*⁴⁴.

- Définition du sens commun

*Celui qui n'appartient pas à la communauté nationale ou à une autre communauté (régionale, locale, villageoise...) ou qui ne semble pas lui appartenir à cause de ses caractéristiques, quelles qu'elles soient (physiques, langagières, vestimentaires, religieuses...)*⁴⁵.

⁴² DUMONT M., « Statistiques et problèmes de santé publique » (2014) Mémoire en sciences mathématiques, sous la direction de REMON M., Namur, FUNDP, 146 p.

⁴³ Idem

⁴⁴ Brigitte Fichet, « Etrangers et immigrés, deux termes problématiques », *Revue des sciences sociales de la France de l'Est*, n° 20, 1993, pp. 112-117.

⁴⁵ Idem

- Définition sociologique

Selon Dornel, « *Ce qui définit l'étranger, c'est sa non-appartenance à un espace d'interconnaissance considéré, cet espace pouvant être géographique ou social* », « *ou encore psychique* » rajoute Bonneville⁴⁶.

b) L'exilé, l'immigré, le migrant⁴⁷

« Une personne **exilée** est une personne qui a quitté sa patrie volontairement ou sous la contrainte ».

« Un **immigré** est une personne née étrangère à l'étranger et entrée en Belgique en cette qualité en vue de s'établir sur le territoire belge de façon durable. Cette personne a pu, au cours de son séjour en Belgique, acquérir la nationalité belge ».

« Le terme de **migrant** est plus large que celui d'immigrant ou d'émigrant, puisqu'il se réfère à une personne qui se déplace soit d'un pays à un autre, soit d'une région à une autre (au sein de son propre pays) pour s'y établir ».

c) Les Primo-arrivants

La Région Wallonne a présenté une définition des primo-arrivants dans le projet de décret pour un parcours d'intégration des primo-arrivant sur son territoire.

« Les personnes étrangères qui séjournent en Belgique **depuis moins de 3 ans** et qui disposent d'un titre de séjour **de plus de 3 mois**, à l'exception des citoyens d'un Etat membre de l'Union européenne, de l'espace économique européen et de la Suisse, et des membres de leurs familles.»

Le terme primo-arrivant peut correspondre à différents types de situations, pour autant qu'elles rejoignent les conditions précitées, et inclure par ce fait:

- des migrants arrivés par regroupement familial,
- des travailleurs (bien qu'ils ne soient en principe pas visés par le parcours d'intégration nombre d'entre eux bénéficient de dispenses),
- des étudiants (s'ils n'ont pas obtenu de diplôme en Belgique),
- des réfugiés reconnus
- et des personnes dont le séjour temporaire a été « régularisé »

Ces catégories sont à titre d'exemples et ne sont pas figées. Une liste des dispenses est mentionnée dans le décret⁴⁸.

Le terme « primo arrivants », tel que défini par la Région wallonne recouvre différentes catégories de population et différents statuts. Cette définition ne reprend pas, quand bien même le terme le laisse penser, les demandeurs d'asile ou les personnes en attente de régularisation de leur demande de séjour.

⁴⁶ BONNEVILLE A. *et al.*, « quand la question de l'interculturel fait retour à la clinique... Eléments pour une rencontre de l'autre », in *Psychothérapies*, 2010, vol. 30, p. 5.

⁴⁷ Centre Primo-Levi : <http://www.primolevi.org/actualites/dossier-special-journee-des-migrants.html>

⁴⁸ <http://socialsante.wallonie.be/?q=news-parcours-integration-accueil-primo-arrivants>

d) Les demandeurs d'asile⁴⁹

« Tout étranger qui a fui son pays parce que sa vie ou son intégrité y était menacée, et qui craint d'y retourner, peut demander une protection et un droit de séjour à la Belgique, c'est-à-dire, « demander asile » ».

La loi Belge prévoit deux statuts de protection :

1. Le statut de réfugié, selon la Convention de Genève et l'article 48/3 de la loi du 15-12-1980
2. La protection subsidiaire selon l'article 48/4 de la loi du 15-12-1980

d.1. Le statut de réfugié :

« Un réfugié est une personne qui se trouve hors de son pays d'origine et qui craint avec raison d'être victime de persécutions, et qui ne peut ou ne veut, du fait de cette crainte, obtenir la protection des autorités de ce pays.

La convention de Genève énonce 5 motifs de persécutions qui peuvent donner lieu à la reconnaissance de statut de réfugié :

- La race
- La nationalité
- La religion
- L'appartenance à un certain groupe social
- Les opinions politiques »

« Un réfugié est donc une personne dont la demande d'asile a été acceptée par la Belgique parce qu'il y a de fortes présomptions de craindre pour sa vie s'il retourne dans son pays. On parle dans ce cas de réfugié reconnu⁵⁰. »

Remarque :

« Au niveau mondial, la notion de réfugié englobe tant les personnes qui se sont vu octroyer ce statut au terme d'une procédure d'asile que celles qui ont quitté leur pays d'origine dans le cadre d'un déplacement massif de population⁵¹. ».

d.2. La protection subsidiaire :

§ 1 : « le statut de protection subsidiaire est accordé à l'étranger qui ne peut être considéré comme un réfugié et qui ne peut pas bénéficier de l'article 9 ter, et à l'égard duquel il y a des sérieux motifs de croire que, s'il était renvoyé dans son pays d'origine ou, dans le cas d'un apatride, dans le pays dans lequel il avait sa résidence habituelle, il en encourrait un risque réel de subir les atteintes graves visées au paragraphe 2, et qui ne peut pas ou, compte tenu de ce risque, n'est pas disposé à se prévaloir de la protection de ce pays et ce, pour autant qu'il ne soit pas concerné par les clauses d'exclusion visées à l'article 55/4 »

§ 2 : « ces atteintes graves sont définies comme :

- La peine de mort ou l'exécution
- La torture ou les traitements ou sanctions inhumains et dégradants du demandeur dans son pays d'origine
- Les menaces graves contre la vie ou la personne d'un civil en raison d'une violence aveugle en cas de conflit armé intense ou international ».

⁴⁹ Selon le *Guide de la procédure d'asile en Belgique*. (2008) Bruxelles, Coordination et Initiative pour Réfugiés et Etrangers (CIRE), pp. 8-9.

⁵⁰ <http://www.croix-rouge.be/activites/solidarite/asile-et-migration/immigrationc2a0-quelques-definitions/> consulté le 24/11/14

⁵¹ *Rapport statistique et démographique 2013 : Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique*. Op cit., p. 67.

Lorsqu'elle arrive en Belgique, la personne qui demande asile, s'adresse à l'Office des Etrangers (OE), qui enregistre sa demande d'asile et la transmet au Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides (CGRA). Tout le temps que dure sa procédure d'asile (qui peut durer entre 2 mois et 4 ans), le demandeur d'asile reçoit une « aide matérielle⁵² ». La personne est accueillie dans un « centre d'accueil » communautaire (Fedasil ou Croix Rouge) ou en individuel (Initiative Locale d'Accueil (ILA) d'un CPAS). Si au terme de la procédure, la personne obtient le statut de réfugié, c'est à dire reçoit la protection, celle-ci quitte la structure d'accueil et a droit à l'aide sociale, a le droit de travailler, le droit à la mutuelle.

Le bénéficiaire de la protection subsidiaire est inscrit au registre des étrangers et admis au séjour limité. Il se voit délivrer un titre de séjour valable un an, prorogeable et renouvelable, sous la forme d'un certificat d'inscription au registre des étrangers (CIRE). A l'expiration d'une période de cinq ans à dater de la demande initiale, un séjour à durée illimitée est reconnu.

Durant le séjour limité, le permis de séjour peut être retiré à tout moment en cas de cessation de la protection subsidiaire ou d'exclusion de la protection subsidiaire.

Le statut de protection subsidiaire qui est accordé à un étranger cesse lorsque les circonstances qui ont justifié l'octroi de cette protection cessent d'exister ou ont évolué dans une mesure telle que cette protection n'est plus nécessaire. Il s'agit de s'assurer que le changement des circonstances a un caractère suffisamment profond et n'est pas temporaire.

Durant les dix premières années de séjour – à dater de l'introduction de la demande d'asile - et même si le séjour est devenu illimité, la protection peut être retirée à tout moment en cas de fraude⁵³.

Tout au long de sa **procédure d'asile**, la personne a droit à l'assistance d'un avocat et d'un travailleur social de la structure d'accueil. Elle a droit aux soins médicaux et aux soins psychologiques. Après six mois de procédure d'asile, la personne a, en principe, le droit de travailler (permis C). Après quatre mois de vie dans un centre communautaire, la personne a, en principe, droit à un logement plus individualisé dans une ILA d'un CPAS. Cependant, en pratique, ce délai dépasse souvent un an pour les personnes seules.

e) Demandeur d'asile débouté

Les « déboutés » de l'asile sont les personnes dont la demande d'asile n'a pas été acceptée. Ils reçoivent l'ordre de quitter le territoire (OQT). Bien qu'une part d'entre eux retourne effectivement dans son pays d'origine, les autres :

- Tentent de demander l'asile dans un autre pays de l'Union Européenne ;
- Refont une demande d'asile sur base d'éléments nouveaux ;
- Tentent d'obtenir une autorisation de séjour auprès de l'Office des Etrangers pour raisons médicales ou humanitaires (demande de régularisation du séjour) ;
- Deviennent illégaux.

⁵² « La loi du 12 janvier 2007, plus communément appelée "loi accueil", prévoit une aide matérielle comprenant l'hébergement, les repas, l'habillement, l'accompagnement médical, social et psychologique, l'octroi d'une allocation journalière ainsi que l'accès à l'aide juridique, à des services tels que l'interprétariat et à des formations. » <http://fedasil.be/fr/content/cadre-legal>: consulté le 28-11-14

⁵³ http://www.adde.be/J_15/index.php?id=84&option=com_content&task=view

Ces différentes solutions pour rester sur le territoire ne sont pas exclusives : une nouvelle demande d'asile peut-être entamée en parallèle d'une demande de régularisation de séjour. Lors du traitement de la recevabilité de la demande de régularisation pour motifs médicaux, la personne est considérée comme illégale.

f) MENA (Mineur étranger non-accompagné)

Définition du MENA⁵⁴ (art. 5 Loi-programme du 24/12/2002)

« Toute personne:

- de moins de dix-huit ans ;
- non accompagnée par une personne exerçant l'autorité parentale ou la tutelle en vertu de la loi nationale du mineur ;
- ressortissante d'un pays non membre de l'Espace économique européen ;
- et étant dans une des situations suivantes :
 - soit, avoir demandé la reconnaissance de la qualité de réfugié;
 - soit, ne pas satisfaire aux conditions d'accès au territoire et de séjour déterminées par les lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ».

« Tous les mineurs qui répondent aux critères définis dans la circulaire du 23/04/2004 doivent être signalés à l'Office des Etrangers au moyen de la fiche « mineur étranger non accompagné ».

« En fonction de sa situation, le MENA pourra entamer toutes les procédures prévues par la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, par exemple :

- Une demande d'asile ou de protection subsidiaire ;
- Une demande d'autorisation de séjour pour motifs humanitaires ou médicaux ;
- Un statut de victime de traite des êtres humains.

Cependant, en vertu des instruments internationaux qui lient la Belgique, une protection particulière doit être offerte aux MENA. La loi du 15 décembre 1980 prévoit donc un statut de séjour spécifique pour le MENA »⁵⁵.

g) Les personnes sans séjour légal

« Les sans-papiers (ou clandestins) sont les personnes qui séjournent en Belgique sans titre de séjour valable. Soit elles y sont arrivées sans statut de séjour légal (...), soit leur demande d'asile en Belgique a été rejetée, ou encore elles séjournent en Belgique au-delà de l'échéance d'un titre de séjour à durée limitée. Ces personnes ont reçu l'ordre de quitter le territoire (OQT) et peuvent être détenues en centre fermé en attendant l'exécution effective de la mesure d'éloignement. Les sans-papiers peuvent parfois vivre des années en Belgique (...) avec des droits très limités : ces personnes ne peuvent pas travailler

⁵⁴ Direction générale Office des étrangers :

<https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/FR/Guidedesprocedures/Pages/Mineur%C3%A9rangernonaccompagn%C3%A9.aspx>
consulté le 9/01/15

⁵⁵ Pour plus d'informations sur la procédure que doit suivre les MENA : Association pour le droit des étrangers :
http://www.adde.be/J_15/index.php?option=com_content&view=article&id=86:mineur-etranger-non-accompagne&catid=148:mineurs-etrangers#Qui?

légalement, ont un accès limité à l'aide médicale (AMU⁵⁶) et ne peuvent bénéficier du soutien d'un CPAS. Plusieurs ONG et des avocats pro deo travaillent pour ce public, notamment pour lui apporter une aide sociale, médicale ou juridique⁵⁷ ». Les trois services « Exil » travaillent également avec ce public.

h) Migrant économique

« Un migrant économique est une personne qui a quitté son pays de plein gré en quête de conditions de vie meilleures et qui, s'il choisit d'y retourner continue de jouir de la protection de son gouvernement⁵⁸ ».

Un migrant économique peut donc arriver sur le territoire avec un titre de séjour valable, un visa touristique par exemple, et, lorsque celui-ci expire, devenir illégal.

i) Procédure schématisée pour l'obtention de titres de séjour : 9 ter, 9 bis, protection subsidiaire et réfugié

Le schéma (page suivante) reprend uniquement les procédures d'obtention d'un titre de séjour et les différents recours de régularisation du séjour pour lesquels les personnes étrangères font le plus souvent appel à un avocat.

Lors de la lecture de ce schéma, il est important de savoir que :

- Il s'agit d'un schéma simplifié ne pouvant reprendre tous les éléments rentrant en compte dans les différentes procédures de recours et de régularisation.
- Le statut juridique des migrants changent au fil du temps.
- Les membres d'une même famille peuvent être soumis à plusieurs statuts juridiques différents.
- Il n'est pas rare que l'avocat en charge du dossier fasse une demande pour le 9 ter, le 9 bis et la reconnaissance du statut de réfugié. Avoir ces trois dossiers en cours permet au demandeur d'asile de garder l'aide matérielle pendant le traitement de la recevabilité de sa demande 9 ter.
- Pour en savoir plus :
 - o « Guide de la procédure d'asile en Belgique » : <http://www.aideauxpersonnesdeplacees.be/guide-asile-fr.pdf>
 - o Statuts de séjour et soins de santé pour étrangers : <http://www.medimmigrant.be>

⁵⁶ « Toute personne en séjour illégal et ne disposant pas de moyens financiers pour payer elle-même ses frais médicaux peut demander au CPAS de son lieu de séjour de prendre ces frais en charge. La procédure appliquée dans pareil cas s'appelle 'procédure de l'Aide Médicale Urgente (AMU) pour personnes en séjour illégal'. »

<http://www.medimmigrant.be/?idbericht=50&idmenu=3&lang=fr> consulté le 28-11-14

⁵⁷ GODENIR A., MOTTIN M., STORME A., (2012) « Les Primo-arrivants : qui sont-ils et quelle place ont-ils dans les politiques d'alphabétisation ? », Lire et Ecrire en Wallonie, p. 4.

⁵⁸ <http://www.croix-rouge.be/activites/solidarite/asile-et-migration/immigrationc2a0-quelques-definitions/> consulté le 24/11/14

Ressortissants des Pays tiers
(En opposition aux citoyens de l'Union Européenne).

Demande de régularisation pour motifs médicaux
9 ter

Demande de régularisation pour circonstances exceptionnelles
9 bis

Demande d'asile et/ou protection subsidiaire

Lors du traitement de la recevabilité de la demande : statut d'illégal → AMU

Lors du traitement de la demande : Illégal (AMU)

Lors de la procédure, les demandeurs d'asile bénéficient de l'aide matérielle. Après 6 mois de procédure, permis de travail C

Bénéficiaire de l'aide sociale (CPAS)

Recevable

Irrecevable

Fondé

Non fondé

Octroi d'une régularisation temporaire ou illimitée pour motifs médicaux

Octroi d'une régularisation temporaire ou illimitée pour circonstances exceptionnelles

Octroi du statut de réfugié reconnu

Octroi de la protection subsidiaire pour une durée limitée ou illimitée

Débouté

Accès au marché du travail/intégration sociale (CPAS)

Permis de travail C/intégration sociale (CPAS)

AMU (CPAS)
Sauf 2 exceptions

Permis de travail C/intégration sociale (CPAS)

AMU (CPAS)

Permis de travail C/intégration sociale (CPAS)

Les familles peuvent bénéficier de l'aide matérielle

Quand une impossibilité absolue de retour est démontrée (souvent pour raison médicale), l'individu peut bénéficier de l'aide matérielle ou de l'aide sociale

1.2.4.1.2. Les motifs de la migration et du séjour

Les différents motifs légaux de la migration et du séjour peuvent se comprendre comme autant de voies d'entrées pour les personnes étrangères souhaitant séjourner en Belgique. A ces différentes voies d'obtention d'un titre de séjour se rattachent différents statuts et concepts présentés au point précédent⁵⁹.

Bien que fortement médiatisée, la demande d'asile ou de protection subsidiaire ne représentait, en 2012, que 8% des motifs migratoires. « *L'immigration pour raisons familiales s'impose comme premier motif légal de la migration des ressortissants des pays tiers*⁶⁰ ». En effet, pour l'année 2012, ce motif était de 54% pour la Belgique⁶¹. « *Après le regroupement familial⁶², viennent les permis délivrés pour des raisons humanitaires qui représentent 10,3% du total. L'Office des Etrangers indique que cette catégorie reprend les autorisations de séjour faites sur base des articles 9bis, 9ter, et l'ancien article 9 alinéa 3 de la loi du 15 décembre 1980⁶³* ». Viennent ensuite les raisons liées à l'éducation ou à des activités économiques.

Remarquons néanmoins que « *ces tendances générales observées en moyenne sur l'ensemble des ressortissants de pays tiers semblent toutefois se distinguer fortement selon la nationalité des immigrants*⁶⁴ ».

1.2.4.1.3. Représentation des différents statuts au sein des services

L'expression « personnes étrangère ou d'origine étrangère » recouvre donc des situations variées. Parmi les migrants, les demandeurs d'asile peuvent être appréhendés comme étant une population plus vulnérable⁶⁵ au vu de leur motif migratoire. Les centres d'accueil, dans lesquels la majorité d'entre eux passe le premier temps du séjour, orientent ceux qui présentent des difficultés psychiques vers un accompagnement thérapeutique. Ces centres sont des envoyeurs importants des initiatives « Exil », ce qui explique, en partie, l'importance de cette population parmi leurs nouvelles demandes.

Il est, en effet, pertinent de distinguer les nouvelles demandes et les personnes suivies depuis un certain temps. Tabane fait le constat (et cela vaut pour les autres services) que « *parmi les nouvelles demandes, la première catégorie est celle des demandeurs d'asile. On observe par contre sans surprise que les personnes suivies depuis longtemps sont relativement moins souvent encore en demande d'asile. Cela signifie le plus souvent que leur demande est terminée et qu'elles se retrouvent alors dans*

⁵⁹ GODENIR A., MOTTIN M., STORME A., (2012) « Les Primo-arrivants : qui sont-ils et quelle place ont-ils dans les politiques d'alphabétisation ? », Lire et Ecrire en Wallonie, p. 2.

⁶⁰ *Rapport statistique et démographique 2013 : Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique*. Op cit., p. 61

⁶¹ *Migrations : rapport annuel 2013*. Op cit., p. 26.

⁶² « Toute personne belge ou séjournant régulièrement en Belgique peut, suivant plusieurs conditions, faire venir son époux(se) ou la personne avec qui elle co-habite durablement, ses enfants mineurs, ses enfants majeurs handicapés, et pour un mineur étranger non accompagné (MENA) qui bénéficie du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire, ses parents. Les conditions sont : être autorisée à séjourner en Belgique pour une durée limitée ou illimitée ; pouvoir prouver le lien familial ; avoir un logement et des revenus suffisants pour assurer la prise en charge financière des personnes regroupées ; avoir une assurance médicale pour les personnes regroupées ». GODENIR A., MOTTIN M., STORME A., (2012) « Les Primo-arrivants : qui sont-ils et quelle place ont-ils dans les politiques d'alphabétisation ? », Lire et Ecrire en Wallonie, p. 3.

⁶³ *Rapport statistique et démographique 2013 : Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique*. Op cit. p. 62.

⁶⁴ *Migrations : rapport annuel 2013*. Op cit., p. 25.

⁶⁵ Le terme vulnérable est à entendre ici dans le sens commun mais il faut savoir que la loi Accueil de 2007 considère comme vulnérable : les mineurs en exil non accompagnés, les parents isolés accompagnés de mineurs, les femmes enceintes, les personnes ayant un handicap, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes victimes de violence ou de torture ou encore, les personnes âgées.

d'autres catégories (réfugiés et protection subsidiaire si elles ont obtenu une réponse positive, demande de régularisation 9bis ou 9ter ou sans papiers quand les réponses sont négatives⁶⁶). »

Aujourd'hui, le demandeur d'asile représente environ 50% du total des usagers. Il y a de plus en plus de personnes en situation d'irrégularité parmi les usagers, du fait de ces changements de statuts. Précisons également qu'au sein d'une même famille, les membres peuvent être soumis à des statuts juridiques différents.

A côté de la représentation de plus en plus grande de statuts précaires au sein des services, plus de 90% des usagers sont sans emploi.

1.2.4.2. Origine

Étant donné la forte représentation des demandeurs d'asile au moment de la demande, la nationalité des usagers varie en fonction des problèmes géopolitiques mondiaux. Précisons que, quelles que soient l'origine et la culture, les réactions face à des situations anormales sont communes à tous. L'évolution de l'origine géographique des consultants des IS « Exil » suit plus ou moins l'évolution de l'origine des demandes d'asile en Belgique. Nous pouvons néanmoins rajouter l'Afrique du Nord qui est généralement représentée dans les trois IS « Exil », communautés importantes et implantées de longue date en Belgique. Une nationalité peut néanmoins être plus représentée dans un service pour deux raisons : un membre de l'équipe parle la langue de ce pays, la communauté est déjà bien implantée dans la circonscription du SSM.

Les 10 principaux pays d'origine des demandeurs d'asile en Belgique en 2013 sont (voir le graphique en annexe, point 6.4.), par ordre décroissant d'importance :

- 1) Afghanistan,
- 2) Guinée
- 3) République démocratique de Congo
- 4) Russie
- 5) Serbie (y compris le Kosovo)
- 6) Syrie
- 7) Irak
- 8) Albanie
- 9) Cameroun
- 10) Pakistan

1.2.4.3. Age

« L'essentiel des immigrants étrangers arrivent en Belgique entre 20 et 40 ans (57% des entrées en 2011) avec un pic important parmi les personnes âgées de 25 à 29 ans. Les femmes migrent à des âges légèrement plus jeunes que les hommes, et le groupe d'âge modal est d'ailleurs différent : il s'agit de la tranche 20-24 ans pour les femmes et 25-29 ans pour les hommes⁶⁷. »

Au niveau des initiatives spécifiques « Exil », la tranche d'âge la plus représentée est celle des 18-40 ans, bien que la proportion des plus de 40 ans augmente. Les adolescents en difficultés représentent également une part non négligeable des usagers.

⁶⁶ Rapport d'activité de l'asbl Tabane pour l'année 2013, p. 7.

⁶⁷ Rapport statistique et démographique 2013 : Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique. Op cit., p. 51

Au niveau de l'âge, les services « Exil » ont un public partageant des caractéristiques similaires à celles de l'ensemble des immigrés issus des pays tiers présents en Belgique.

1.2.4.4. Genre

« Ces dernières années, la présence féminine dans les flux d'immigration vers la Belgique a été non négligeable. En 2011, 48% des immigrations internationales ont été effectuées par des femmes. Cette proportion est toutefois très variable selon l'origine des immigrants. On voit par exemple que les pays pour lesquels la part des femmes est supérieure à celle des hommes sont plutôt situés en Asie du Sud-Est (comme la Thaïlande ou les Philippines) ainsi qu'en Europe orientale (comme l'Ukraine ou la Russie). Soulignons également la surreprésentation des femmes au sein de l'immigration latino-américaine comme c'est le cas pour le Brésil⁶⁸ ».

« Quelques pays se démarquent par contre par une sur-masculinisation. Il s'agit principalement de pays de l'UE (Portugal, Italie, Royaume-Uni, Pays-Bas notamment). Cependant, certains pays non européens se caractérisent également par une présence masculine marquée (par exemple, l'Afghanistan, l'Irak, l'Inde, le Pakistan, la Tunisie ou l'Algérie)⁶⁹. »

Cette présence féminine dans le flux d'immigration peut également s'expliquer par le fait que *« pour de nombreux groupes de demandeurs d'asile, (...) bien souvent, les hommes entrent en Belgique en demandant une protection internationale ce qui, à terme, peut entraîner une immigration plus féminine par le biais du regroupement familial. »*

Depuis 2010, la proportion de femmes qui consultent dans les SSM « Exil » devient légèrement supérieure à la proportion d'hommes. Il y a de plus en plus de femmes seules. Cette tendance rejoint donc celle observée par les statisticiens. Parmi les usagers, il y a tout autant des personnes venant des pays qui se démarquent par une sur-féminisation que des personnes venant de pays qui se démarquent par une sur-masculinisation.

Cette question du genre croisée avec l'origine et la culture mérite de s'y arrêter car elle traverse plusieurs problématiques, dont :

- Le choix de l'interprète : certaines ne veulent pas d'interprète homme ;
- Les problèmes familiaux : la place et le rôle de la femme dans certaines cultures peuvent ne pas être les mêmes qu'en Belgique et être source de tension.

La question du genre influence aussi bien la clinique que l'organisation du travail. Le genre traverse les différentes problématiques de l'immigration.

1.2.4.5. Problématiques

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, les usagers demandent une prise en charge de plus en plus complexe. Ceci est, entre autres, dû aux durcissements des politiques d'asile, à la multiplication des statuts juridiques qui les entraîne dans une précarisation de plus en plus grande de plus en plus rapidement. L'urgence du quotidien dans laquelle les placent ces conditions de vie précaires est généralement la principale demande recueillie par les services. Notons néanmoins que les usagers arrivent souvent en consultation avec des plaintes somatiques.

Lorsque l'utilisateur est en situation de précarité, c'est souvent la première chose sur laquelle le professionnel sera amené à travailler car pour aborder le trauma, qui reste l'apanage d'une bonne part

⁶⁸ Rapport statistique et démographique 2013 : Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique. Op cit., p. 54

⁶⁹ Idem

des usagers, il faut que ce dernier se sente en sécurité à tous les niveaux. Il peut arriver que le thérapeute soit engagé dans un travail thérapeutique autour du trauma, mais que ce travail doive être stoppé car la situation de l'utilisateur est devenue trop précaire, bien souvent suite à un refus de sa demande d'asile, et que l'urgence qu'impose cette situation prenne alors toute la place en consultation.

Certaines problématiques bien particulières peuvent émerger suite à un nouveau service envoyeur. Les services constatent ainsi une diversification des nouvelles demandes. Voici un aperçu des problématiques les plus couramment rencontrées :

- Traumatismes liés à des violences intentionnelles (guerres, tortures, viols,...)
- Rupture des liens, désorientation, déracinement...
- Difficultés ou conflits liés aux représentations culturelles, à l'acculturation, à la multiplicité des appartenances culturelles
- Précarité exacerbée liée au statut administratif illégal
- Difficultés antérieures, dans le pays d'origine
- Retour au pays
- Etat psychique préoccupant de jeunes femmes enceintes
- Problèmes conjugaux suite à l'exil ou après un regroupement familial.
- Problèmes suite aux regroupements familiaux d'enfants.
- Familles, enfants, adolescents en difficulté.
- MENA
- Problèmes intergénérationnels
- Homosexualité
- ...

A ces problématiques, rajoutons l'isolement des usagers induit, entre autre par le durcissement des politiques d'accueil. En effet, les procédures sont accélérées et les personnes qui étaient en demande d'asile se retrouvent plus vite qu'avant hors des centres. Cette accélération de la procédure les empêche de créer un réseau d'entraide, ce qui, en plus de les mettre dans des conditions de vie précaires, les isolent et diminuent leurs ressources au niveau de l'entraide.

Cela a comme conséquence, souligne Tabane, que « les usagers arrivent généralement dans un état de tension extrêmement important, dû aux événements vécus dans le pays d'origine et parfois au « non accueil » en Belgique ».

Les services des initiatives spécifiques « Exil » pointent une augmentation des problèmes d'ordre familial ainsi que l'augmentation des suivis de jeunes personnes. Ces constats rentrent en résonance avec les motifs légaux des migrations pour les ressortissants des pays tiers.

1.3. Les services dans leur contexte

1.3.1. Au niveau légal

Selon le décret du 3 avril 2009, *un service de santé mentale⁷⁰ agréé peut développer une ou plusieurs initiatives spécifiques à destination d'une population déterminée ou développant une approche méthodologique particulière*. En Wallonie, trois SSM bénéficient d'un agrément de la Région wallonne en qualité d'initiative spécifique⁷¹ spécialisée dans la prise en charge de toute personne étrangère ou d'origine étrangère. Actuellement, il s'agit de la Clinique de l'Exil à Namur, de Tabane à Liège et de Santé en Exil à Charleroi.

Initialement, la Région wallonne agréait les initiatives spécifiques et les subsidiait pour les personnes réfugiées victimes de violences organisées et se basant sur une méthodologie impliquant des interprètes spécialisés, le réseau et l'ethnopsychiatrie.

1.3.2. Présentation des services

	Santé en Exil	Tabane	Clinique de l'Exil
Localisation	Charleroi (dans les locaux du SSM Tramétis)	Liège (dans une maison indépendante du Club A. Baillon)	Namur (dans une maison indépendante du SSM de l'Avenue Reine Astrid)
Population	L'équipe de « Santé en Exil » s'adresse à toute la population venant du territoire hennuyer	Le dispositif Tabane s'adresse pour une part à une population venant de toute la Province de Liège et aussi du Luxembourg, et pour une part à une population implantée localement.	La Clinique de l'exil s'adresse pour une part à une population venant de toute la Province de Namur, et pour une autre part à une population implantée localement.
Nombre d'heures (subventions RW et autres) /fonction (au 01/01/15)	<ul style="list-style-type: none"> - Fonction sociale et de coordination : 15h/sem. - Fonction psychologique : 1ETP + 3h - Fonction médicale : psychiatre indépendant - Fonction administrative : 0,5 ETP 	<ul style="list-style-type: none"> - Fonction sociale : 2 ETP - Fonction psychologique : 1 ETP - Fonction médicale > 10h/sem. - Fonction administrative : 23h/sem. - Fonction de coordination : 0,5 ETP - Soit 2x 0,5 ETP fonction sociale + 0,5 ETP de fonction psychologique sur l'IS SSM RW 	<ul style="list-style-type: none"> - Fonction sociale : 0,5 ETP - Fonction psychologique : 2 ETP (dont 0,5 Province) - Fonction médicale : 2 demi-jours par semaine - Fonction administrative : 1 ETP

⁷⁰Selon le décret du 3 avril 2009⁷⁰, un service de santé mentale est une structure ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire, répond aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire qu'il dessert.

Il remplit les missions suivantes:

- l'accueil de la demande relative aux difficultés psychiques ou psychologiques;
- l'organisation d'une réponse, selon les ressources disponibles et les particularités de la demande, en posant un diagnostic et en instaurant un traitement, selon les situations psychiatrique, psychothérapeutique ou psychosociale;
- l'organisation accessoirement des activités au bénéfice d'autres professionnels en vue d'améliorer la qualité de leurs prestations, sous la forme d'information, de supervision ou de formation, et la réalisation d'expertises, liées à leurs activités de dispensation des soins. <http://www.cresam.be/IMG/pdf/codessm.pdf>

Statut	IS du SSM Tramétis (Charleroi)	IS du club André Baillon (Liège) ASBL Tabane	IS du SSM Reine Astrid (Namur)
Subsides	Région wallonne (Décret SSM)	L'IS est subventionnée par la Région wallonne (Décret SSM) et le Maribel social (pour le personnel venant du Club A. Baillon). L'asbl Tabane bénéficie par ailleurs de différentes subventions publiques (FER, points APE, Intégration Région Wallonne, Fonds d'Impulsion à la Politique des Immigrées, FIPI, Ville de Liège) et de fonds propres liés aux formations organisées par l'asbl.	Région wallonne (Décret SSM) Province
Accueil et nouvelles demandes	En 2014, Santé en Exil a traité 253 dossiers. 97 nouveaux dossiers ont été ouverts.	En 2014, Tabane a accueilli 257 personnes, dont 70 nouveaux suivis.	En 2014, la Clinique de l'Exil a traité 490 dossiers. 112 nouveaux dossiers ont été ouverts.

Commentaires :

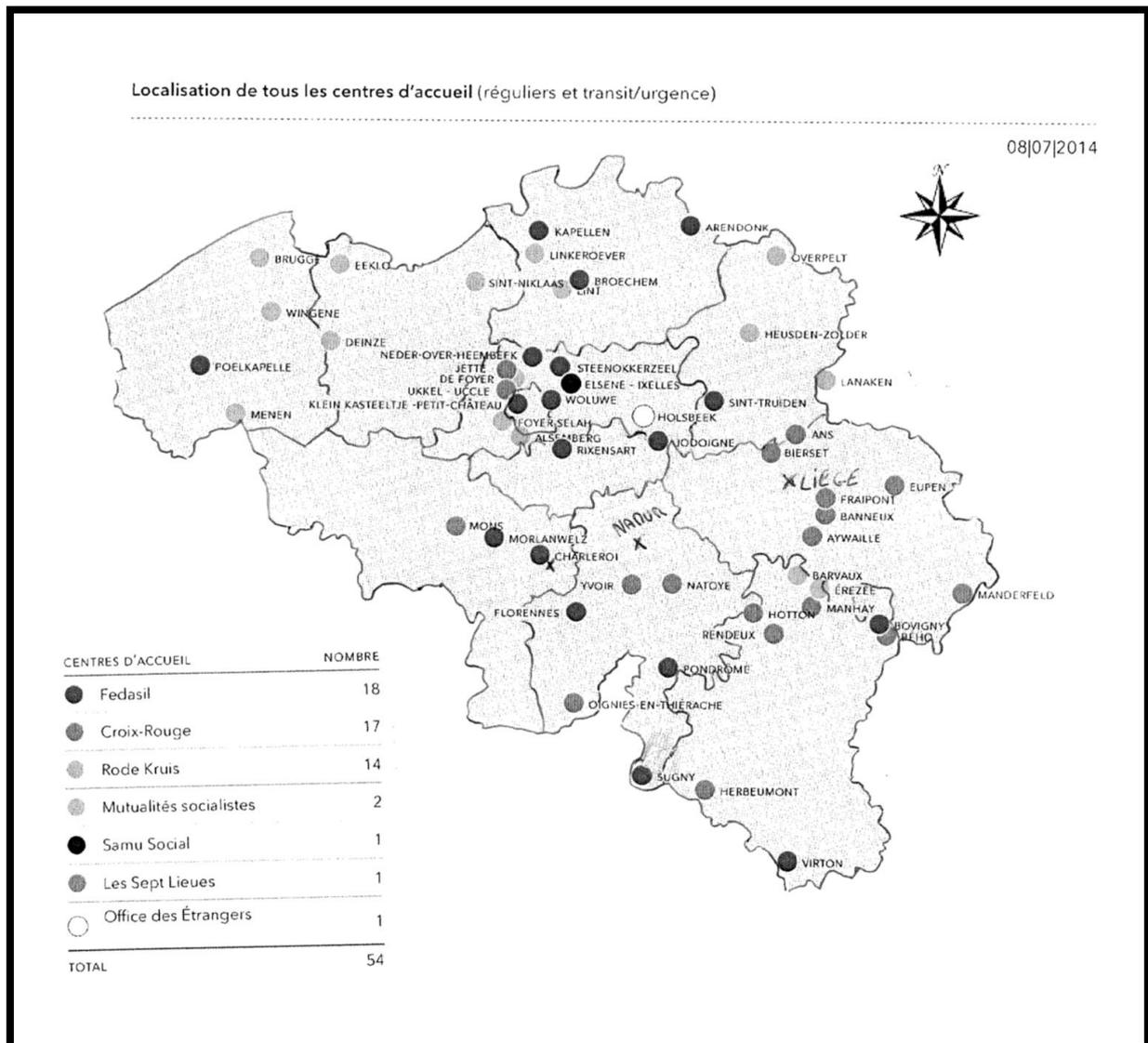
Les subsides accordés par la Région wallonne pour une initiative spécifique varient entre 1,5 ETP et 3 ETP, toutes fonctions confondues. Une des initiatives spécifiques travaille en partenariat avec une asbl, ce qui lui permet de disposer de plus de ressources pour diversifier ses missions et chercher des subsides supplémentaires.

Deux équipes ont développé une fonction de coordination, afin d'accorder les actions de l'équipe.

L'équipe de Santé en Exil travaille dans les locaux du SSM duquel elle dépend. Elle développe en collaboration avec l'équipe « enfants » de Tramétis, SSM de l'asbl RMPAC, des prises en charge plus spécifiques d'enfants. Des réunions de concertation clinique ont lieu mensuellement entre l'équipe « enfants » et Santé en Exil.

1.3.3. Localisation des centres d'accueil par province

Cette carte reprend la localisation de tous les centres d'accueil (réguliers et transit/urgence) en Belgique. Le réseau des centres d'accueil s'est quelque peu modifié ces dernières années avec la fermeture de certains d'entre eux. Pour rappel, il s'agit des centres d'accueil d'urgence de Houthalen-Helchteren et de Gembloux, des centres de Dinant et de Stoumont ainsi que plusieurs structures d'accueil individuel. Fin 2014 le centre d'accueil Fedasil de Virton devrait fermer ses portes. Il y a actuellement 72 réfugiés qui y sont hébergés⁷².



⁷² VAN EECKHAUT F. « Virton : le centre Fedasil ferme ses portes fin décembre », décembre 2014, RTBF Info http://www.rtbf.be/info/regions/detail_virton-le-centre-fedasil-ferme-ses-portes-fin-decembre?id=8562129, consulté le 5/01/15

1.3.4. Cadre institutionnel belge et européen en matière d'aide en santé mentale aux demandeurs d'asile

En Belgique, l'aide matérielle apportée aux demandeurs d'asile résidant dans les structures d'accueil est une matière qui relève du niveau Fédéral. Les articles 22 et 36 de la Loi du 12 janvier 2007 portant sur l'Accueil des demandeurs d'asile (en application de la Directive 2003/9/Ce du Conseil de l'Union Européenne du 27 janvier 2003 relative aux normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile) incluent le droit aux soins en santé mentale des personnes en procédure d'asile, en particulier les personnes vulnérables.

Par personnes vulnérables, la Loi (et la directive européenne) entend : les mineurs en exil non accompagnés, les parents isolés accompagnés de mineurs, les femmes enceintes, les personnes ayant un handicap, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes victimes de violence ou de torture ou encore, les personnes âgées.

Dans le cadre du programme dit de Stockholm visant l'harmonisation des politiques d'asile et d'accueil des demandeurs d'asile au niveau européen, le parlement et le Conseil européen ont proposé en 2013 une refonte de la Directive de 2003. L'article 21 de cette proposition de directive prévoit que les Etats membres instituent dans leur législation nationale des procédures permettant de vérifier, dès l'entrée sur le territoire, si le demandeur d'asile a des besoins particuliers et, si c'est le cas, que cette personne fasse l'objet d'un suivi approprié. Cette nouvelle directive fait explicitement référence aux besoins de prise en charge spécialisée pour les demandeurs d'asile victimes de torture ou de violence grave (viol, ...)

L'Arrêté Royal du 24 avril 2007 détermine les modalités de l'évaluation de la situation individuelle du bénéficiaire de l'accueil. Une prise en charge des personnes vulnérables et/ou ayant des besoins particuliers (entre autre sur le plan médical ou psychologique), après évaluation par le personnel de la structure d'accueil, est explicitement prévue par la Loi. Le personnel des Centres d'accueil doit pouvoir identifier les besoins particuliers des personnes dites vulnérables et pouvoir les orienter vers des services de soins adaptés.

Depuis quelques années les centres Fedasil collaborent avec des psychologues indépendants. Les structures d'accueil de la Croix Rouge ne disposent pas de psychologues au sein de leurs équipes. En pratique, la Croix Rouge réfère les patients vers des psychologues ou psychiatres à l'extérieur des centres d'accueil, afin de procéder à cette mission d'évaluation individuelle des besoins et pour la prise en charge. Les résidents des Initiatives Locales d'Accueil (ILA) des CPAS sont accompagnés par le service social du CPAS, mais ces derniers ne bénéficient pas toujours d'une formation adéquate pour mener à bien ce travail spécifique.

Les travailleurs sociaux et les médecins généralistes amenés à travailler avec ce public orientent le plus souvent les demandeurs d'asile ayant besoin d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique vers les services des initiatives spécifiques « Exil ». Cette orientation n'est pas toujours possible, vu la saturation des équipes.

L'Article 36 de la Loi Accueil stipule que Fedasil peut conclure des conventions avec des services spécialisés. En pratique, une seule convention est signée, avec l'équipe Ulysse à Bruxelles. A ce jour, aucune convention entre des services de soins en santé mentale et Fedasil n'est conclue en Wallonie. Or, de nombreux centres d'accueil se trouvent sur ce territoire (voir la carte au point 1.3.3.). Cela a pour conséquence la place laissée à l'arbitraire et un décalage entre les intentions et la réalité. L'Etat doit venir en aide aux victimes, mais qu'est-ce qui est réellement mis en place pour répondre à cette

obligation ? Il est universellement reconnu qu'une personne ayant un vécu traumatique se doit d'être prise en charge le plus rapidement possible.

Plusieurs équipes en Belgique ont développé des projets spécifiques en santé mentale auprès des demandeurs d'asile grâce à l'appui du Fonds Européen pour Réfugiés (FER). Un des objectifs de ces équipes est de prendre en charge rapidement après leur arrivée sur le territoire les personnes ayant besoin d'un accompagnement thérapeutique. Cependant, les projets subsidiés par le FER ne le sont qu'à hauteur de 50% du budget total et, d'autre part, ils limitent le public cible aux demandeurs d'asile et réfugiés reconnus. En outre, ce Fonds n'existe plus aujourd'hui suite à une réforme de différents Fonds Européens en matière d'asile, d'immigration et d'intégration. Cette refonte des différents Fonds, baptisée « **Fonds asile, migration et intégration** » est entrée en vigueur en 2014 avec une optique nettement plus sécuritaire⁷³.

La « Loi accueil » prévoit donc le droit aux soins en santé mentale en ambulatoire, matière qui, elle, relève des niveaux régionaux. Cependant, ni l'Office des Etrangers, le CGRA, Fedasil, la Croix Rouge ou les ILA des CPAS n'ont établi de concertation avec les niveaux de pouvoirs régionaux chargés de mettre en œuvre les dispositifs pouvant assurer ces prises en charge spécialisées.

1.3.5. Le paysage wallon, francophone, belge et européen d'offre spécifique de services de soins en santé mentale aux migrants, réfugiés, victimes de torture

Les 3 équipes « Exil » sont un des piliers de ce paysage ; elles s'appuient en outre sur d'autres acteurs et initiatives - avec lesquels elles ont des échanges réguliers au sein d'une plate-forme régionale informelle intitulée « Santé mentale, culture et migrations⁷⁴ :

- **Sur l'axe « Santé et médiation culturelle »**

En province de Namur, le service de consultation psychiatrique du CHR de Namur bénéficie du service de médiation interculturelle de l'hôpital de telle sorte que les patients peuvent, en principe, être reçus par les psychiatres en albanais, russe, arabe ou turc. Le service de médiation culturelle de la Ville de Namur offre de nombreux services dans ce domaine.

À Liège, le CHR de la Citadelle a également mis en place, depuis 1998 un service de médiation interculturelle. Les six médiateurs de ce service parlent albanais, arabe, berbère, arménien, turc, russe, serbo-croate ainsi que la langue des signes. Les médiateurs sont présents pour « *faciliter la communication interculturelle avec les différents services de l'hôpital par la traduction et par l'information du personnel soignant et celle du patient. Ils jouent également un rôle interculturel pour défendre les intérêts du patient et de son traitement*⁷⁵ ».

A Charleroi, le CHU bénéficie depuis 1997 d'un service de médiation culturelle avec des médiateurs en langue turque, arabe, italienne et russe. L'objectif de ce service est de « *résoudre des problèmes*

⁷³ *Fonds pour l'asile, la migration et la sécurité intérieure: la commission des libertés civiles donne son feu vert*, Commission des libertés civiles, de la justice et des affaires intérieures [10-01-2014]

<http://www.europarl.europa.eu/news/fr/news-room/content/20140106IPR31906/html/Fonds-pour-l'asile-la-migration-et-la-s%C3%A9curit%C3%A9-int%C3%A9rieure>

⁷⁴ Font également partie de cette plateforme : Espace 28 et Mpore

⁷⁵ <http://www.chrcitadelle.be/fr/accueil/le-chr-c-est-aussi/services-de-mediation/index.html>

*linguistiques et culturels entre patients et personnel soignant*⁷⁶ ». Le Grand Hôpital de Charleroi (GHdC), dispose également d'une équipe de médiateurs en langue arabe et turque.

Le CHR de Liège et le GHdC de Charleroi participent en outre, à un projet du Fédéral (vidéo conférence entre hôpitaux comme outil d'assistance à des consultations à distance).

- **Sur l'axe « Soins en santé mentale en Wallonie »**

Nous avons déjà évoqué l'asbl **Mpore** d'aide aux rescapés du génocide rwandais.

De 2009 à 2012, un projet d'aide psycho-sociale en santé mentale pour réfugiés a fonctionné en Province de Luxembourg « **Reflets d'exil** », organisé par l'asbl « **Miroir vagabond** ». Cette asbl travaille depuis 25 ans sur le développement communautaire, l'insertion sociale, socioprofessionnelle et culturelle des personnes d'origine étrangère dans la région de Marche-Durbuy-Hotton⁷⁷. Une structure régionale d'Intégration a récemment vu le jour en province du Luxembourg.

En Wallonie, quelques **psychologues** travaillant en **privé** collaborent régulièrement avec les structures d'accueil pour la prise en charge en santé mentale du public des demandeurs d'asile, ainsi que certains **plannings familiaux**.

Depuis 2010, sous l'impulsion de l'asbl « Picardie Laïque » une association de psychologues à Mons (**Semaphore**) propose une consultation spécialisée en clinique interculturelle, et fait appel au SeTIS Wallon.

En 2012, un service d'aide psychologique pour demandeurs d'asile et réfugiés s'est ouvert à Verviers, (**Espace 28**) sous l'impulsion du CIEP⁷⁸ et du MOC⁷⁹ Verviers, avec le soutien du Fonds Européen pour les réfugiés (FER).

En 2007, la Croix-Rouge a créé un service résidentiel de soins pour demandeurs d'asile vulnérables et souffrant de problèmes psychologiques : **CARDA**, situé au centre d'accueil d'Yvoir.

Il existe également en Belgique (à Bruxelles et en Flandre), mais aussi dans d'autres pays d'Europe (France, Suisse, Angleterre....), des services de soins en santé mentale spécialisés dans l'accompagnement des migrants, réfugiés, victimes de torture. Voir en annexe le point 6.5. pour plus de détails.

Les pratiques et le modèle de travail des initiatives spécifiques wallonnes se rapprochent ou s'inspirent de ces équipes spécialisées, dont certaines sont internationalement reconnues pour leur expertise.

1.3.6. Référentiels théoriques

Le travail des équipes « Exil » s'appuie sur les paradigmes psychanalytiques, systémiques, et biomédicaux et s'inspire de divers concepts et théories. Les principaux auteurs de référence pour les initiatives spécifiques « Exil » en Wallonie sont les suivants :⁸⁰

⁷⁶ <http://www.cricharleroi.be/2012/10/le-service-de-mediation-interculturelle-du-chu-de-charleroi/>

⁷⁷ « Le Miroir Vagabond en province de Luxembourg : Culture et social au cœur du développement local », in *Labiso*, Cahier n° 26-27, 85 pp. <http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=526&display=cover>

⁷⁸ CIEP : Centre d'Information et d'Education Populaire

⁷⁹ MOC : Mouvement Ouvrier Chrétien

⁸⁰A titre indicatif ; il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.

1.3.6.1. René Roussillon

- Processus de symbolisation⁸¹

En ce qui me concerne, (...) quel que soit le dispositif dans lequel je travaille (...) j'essaie de me placer dans la même disposition interne d'écoute et de travail. Je cherche à repérer, à travers ce qui se développe dans la cure, un processus de symbolisation à l'œuvre au sein d'une situation que j'essaie d'aménager de telle sorte qu'un transfert puisse s'organiser, être accueilli et développé. J'interviens de la manière qui me paraît être la plus efficace pour optimiser la symbolisation possible à un moment donné, et favoriser l'appropriation subjective par l'analysant des pans de sa vie psychique qu'il aura accepté d'engager dans la rencontre analytique. C'est cette disposition interne qui me paraît caractériser le plus sûrement le travail psychanalytique (...).

Cette conception implique l'idée que la cure est le lieu de l'engagement, du déploiement et de la perlaboration d'un ensemble d'expériences subjectives transférées dans la rencontre analytique et dont l'élaboration et la métabolisation se poursuivent, de séance en séance, par un chemin spécifique à chacun.

De ce point de vue, ainsi centré sur le processus psychique, aucun contenu psychique n'est a priori privilégié, ni a priori exclu, et, de la même manière aucun type d'intervention n'est a priori prescrit ni interdit. C'est le développement du processus associatif, ses méandres et aléas propres, c'est l'état du transfert qui en régule la fonction en cours de séance, qui fournissent la mesure de chaque chose (...). La tradition de la psychanalyse freudienne (...) prescrit une adaptation « sur-mesure » aux besoins du déroulement de l'analyse. Ce souci d'adaptation (...) me conduit à travailler de manière assez différente d'une cure à l'autre (...).

(...) Cet invariant (dans ma pratique), je le repère du côté du travail d'optimisation des capacités de symbolisation et d'appropriation subjective de l'analysant. (...) le travail psychanalytique requiert aussi un cadre qui doit symboliser « en chose », en acte, de fait, le processus de symbolisation, le symboliser pour le patient et pour l'analyste.

1.3.6.2. René Kaës

- Méthode et situation psychanalytique⁸²

Par méthode psychanalytique, nous entendons un ensemble de procédures de connaissance des objets psychanalytiques et de traitement des troubles psychiques. La méthode princeps de la psychanalyse est congruente avec son objet théorique : dans la situation de la cure, sur la base du dispositif technique qui la spécifie, la méthode de la libre association et de l'interprétation dans le transfert assure la voie d'accès à la connaissance de l'inconscient, et les conditions requises pour que le sujet devienne JE parmi d'autres.

La situation psychanalytique comporte un dispositif ordonné aux nécessités de la méthode. Le dispositif est un appareil de travail. Il est artifice, arrangement de moyens appropriés à un objectif de connaissance et de transformation. Il n'est donc pas inscrit dans l'absolu, mais dans le relatif.

La situation qui se développe à travers le dispositif se caractérise par l'ensemble des mouvements de répétition et de création qui spécifient le champ contre-transféro-transférentiel. Les formations de

⁸¹ ROUSSILLON R., « La « conversation » psychanalytique : un divan en latence » in *Revue française de psychanalyse*, vol. 69, 2004/2, p. 366.

⁸² KAËS R., « En quoi consiste le travail psychanalytique en situation de groupe », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, N°46, 2006

l'inconscient ne se manifestent qu'à cette condition, puisque sans elle la possibilité même d'une pratique analytique disparaît. À cette première condition, s'ajoute celle que se constitue un discours dit de libre association, et que soit analysé ce qui, pour chaque sujet, fait obstacle et résistance à la capacité d'éprouver et de dire.

- Le travail psychanalytique en situation de groupe⁸³

L'idée que le groupe contient du sens commun, partageable et efficace pour interpréter les troubles de l'esprit, mais aussi les rêves, est le principe organisateur de ce dispositif thérapeutique.

(...) Le groupe possède des propriétés psychothérapeutiques : le malade ne souffre pas seulement de son symptôme, il souffre aussi de l'illusion de la singularité unique (Sullivan) de son mal. Rassembler plusieurs malades sur la base du même symptôme soutient les identifications mutuelles, apporte un encouragement réciproque, ménage des systèmes défensifs communs, suscite des idéaux partagés.

- La culture⁸⁴

La culture est, à ce niveau interne, l'ensemble des dispositifs de représentations symboliques dispensateurs de sens et d'identité, et à ce titre organisateurs de la permanence d'un ensemble humain, [des] processus de transmission et de transformation. Elle comporte nécessairement un dispositif d'autoreprésentation, qui implique la représentation de ce qui n'est pas elle, de ce qui lui est étranger, ou de ce qui lui est attribué (...). La rencontre des cultures est violente à cause des enjeux dans l'identité des sujets.

1.3.6.1. Souffrance psychique selon Anzieu⁸⁵

D. Anzieu « (...) étend le champ du traitement de la souffrance psychique » en résumant les points communs de cette souffrance des limites: *“incertitudes sur les frontières entre le Moi psychique, le Moi réalité et le Moi idéal, entre ce qui dépend de Soi et ce qui dépend d'autrui, brusques fluctuations de ces frontières, accompagnées de chute dans la dépression (...), indistinction pulsionnelle qui fait ressentir la montée d'une pulsion comme violence et non comme désir, vulnérabilité à la blessure narcissique en raison de la faiblesse ou des failles de l'enveloppe psychique, sensation diffuse de mal-être, sentiment de ne pas habiter sa vie, de voir fonctionner son corps et sa pensée du dehors, d'être le spectateur de quelque chose qui est et n'est pas sa propre existence”*

1.3.6.2. L'ethnopsychiatrie et la clinique de la transculturalité

Tobie Nathan et Marie-Rose Moro s'inscrivent à la suite des travaux de Georges Devereux. S'inspirant l'un de l'autre, ils ont chacun développé leur approche clinique.

1.3.6.2.1. Tobie Nathan : l'ethnopsychiatrie⁸⁶

L'ethnopsychiatrie peut se comprendre comme étant une « psychiatrie accommodée jusqu'à la rendre acceptable à des populations qui, d'une part, n'y ont pas été préparées par leurs habitudes de pensées et, d'autre part, disposent de procédures cliniques traditionnelles ».

⁸³ KAËS R., « En quoi consiste le travail psychanalytique en situation de groupe », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, N°46, 2006.

⁸⁴ KAËS cité par DI Ch. et MORO M-R., « Conflit des cultures dans la constitution de soi » L'apport de l'approche ethnopsychiatrique, in *Informations sociales*, 2008/1 n° 145, p1.

⁸⁵ KAËS R., « Du moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept » in *Le Carnet PSY*, n°117, 2007, pp 33-37.

⁸⁶ NATHAN T., « Pratiquer l'ethnopsychiatrie », in *Santé mentale*, n° 145, février 2010, pp. 24-25

(...) Le « professionnel » ayant décidé de travailler dans le champ de l'ethnopsychiatrie se met a priori dans une position d'apprentissage, l'existence même de son domaine présupposant que les gens dont il s'occupe sont savants de pensées, riches de dispositifs, d'êtres et d'objets qui le concernent et qu'ils connaissent infiniment mieux que lui.

1.3.6.2.2. Marie-Rose Moro : clinique de la transculturalité⁸⁷ :

« La consultation transculturelle est fondée sur la méthode du complémentariste, c'est-à-dire l'utilisation obligatoire mais non simultanée de l'anthropologie pour comprendre les logiques culturelles et de la psychanalyse pour décrypter les conflits internes. Elle met en acte la dialectique entre universalité psychique et codage culturel. On ne peut assimiler un individu à sa culture, on ne peut pas non plus effacer cette dernière pour le comprendre et le soigner. Sur le plan technique, cette méthode présuppose de se décentrer et de chercher les sens que le patient construit pour donner du sens à l'insensé de la souffrance psychique. Elle exige de mettre à la disposition des patients et de leurs familles des traducteurs pour aider le passage entre les langues, celle d'accueil et celle du monde dont ils viennent ».

Dans certains cas, la consultation transculturelle présuppose des adaptations du cadre de soins ou des aménagements de certains paramètres de l'alliance thérapeutique.

Cette approche peut être résumée ainsi : « nous ne détenons pas la vérité unique et indivisible du soin, nous avons besoins d'intégrer dans notre espace les logiques du patient même si elles nous semblent étrangères ».

- Le contre-transfert culturel

Il s'agit ici d'une définition de Marie-Rose Moro mais la notion a été en premier lieu théorisée par Tobie Nathan.

« L'idée princeps et novatrice du contre-transfert culturel est de souligner sa dimension culturelle donc collective. Autrement dit, évoquer cette notion, c'est souligner qu'on ne réagit pas seulement à la subjectivité de l'autre en fonction de ce que l'on est individuellement, mais qu'une part de ces réactions correspondent aux réactions du collectif qui est en nous et de celui qui est en l'autre. Ainsi, les réactions de contre-transfert n'appartiennent pas qu'à notre sexe, notre histoire et personnalité singulière, mais aussi à notre histoire collective, à notre appartenance linguistique, professionnelle et socio-culturelle. Si le contre-transfert, y compris dans sa dimension culturelle, est bien sûr une expérience unique et singulière, certaines de ces réactions, parce qu'elles sont partagées par la plupart des membres de notre groupe d'appartenance, sont consensuelles et informatives à l'échelle collective »⁸⁸.

- Les ingrédients de la parentalité⁸⁹

On ne naît pas parents, on le devient... La parentalité cela se fabrique avec des ingrédients complexes. Certains sont collectifs, ils appartiennent à la société toute entière, changent avec le temps, ceux-là sont historiques, juridiques, sociaux et culturels. D'autres sont plus intimes, privés, conscients ou inconscients, ils appartiennent à chacun des deux parents en tant que personne et en tant que futur parent, au couple, à la propre histoire familiale du père et de la mère. Ici se joue ce qui est transmis et

⁸⁷ MORO M-R., REZZOUG., STURM G., et al, "Pour une laïcité dans la pratique des soins à l'hôpital », in *Soins Psychiatrie*, n° 260, Janvier/février 2009, p. 21.

⁸⁸ ROUCHON J-F., REYRE A., TAÏEB O., MORO M-R., « Le contre-transfert culturel, une notion nécessaire pour soigner », in *Soins Psychiatrie*, n° 260, Janvier/février 2009, p. 31.

⁸⁹ MORO M-R., « Une pratique irrespectueuse : la prise en charge transculturelle des parents migrants et de leurs enfants » http://www.marierosemoro.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=28

ce que l'on cache, les traumatismes infantiles et la manière dont chacun les a colmatés. Et puis, il est une autre série de facteurs qui appartiennent à l'enfant lui-même qui transforme ses géniteurs en parents.

Il y a mille et une façons d'être père et d'être mère (...). Toute la difficulté réside donc dans le fait de laisser de la place pour qu'émergent ces potentialités et que nous nous abstenions de tout jugement sur « la meilleure façon d'être père ou d'être mère ». Notre rôle devient alors non pas de dire comment il faut être, ou même comment il faut faire, mais de permettre que les capacités émergent chez les parents et que nous les soutenions. Des éléments sociaux et culturels participent donc à la fabrication de la fonction parentale.

1.3.6.3. Jean-Claude Métraux

- La théorie du deuil

D'après Jean-Claude Métraux, nous sommes tous des migrants (spatiaux et/ou temporels ; et toute migration comporte une perte de « quelque chose » (perte de toi, de soi, de sens) auquel l'individu était attaché, donc un deuil. Certaines conditions favoriseront un deuil réussi et permettront à l'individu d'expérimenter une intégration créatrice. Ces conditions concernent d'abord l'accueil reçu (se sentir en sécurité, valorisé, voir sa culture et ses droits respectés) mais également : ne pas se sentir seul, rester en communication avec ceux qu'on a quittés, migrer par étapes progressives, avoir un projet d'avenir et, bien entendu, apprendre la culture du pays d'accueil (notamment sa langue)⁹⁰.

- La théorie du don et de la reconnaissance

La théorie du don et de la reconnaissance sont également deux théories centrales pour Jean-Claude Métraux. *L'idée principale est que certaines paroles données, reçues, rendues sont plus « précieuses » que d'autres pour aboutir au résultat espéré : la réussite du processus de deuil et l'intégration créatrice de la personne concernée. Ce sont des paroles qui reconnaissent la personne, qui la respectent, qui lui font confiance, qui croient en ses capacités, qui lui permettent de partager les confidences du thérapeute, ses émotions, sa compétence limitée, ses préjugés, son impuissance. Bref, des paroles qui permettent à celui qui les reçoit de « rendre quelque chose », de rester debout, sans s'humilier, de garder la tête haute, de rester digne. Des « paroles qui soignent » l'identité blessée de l'autre⁹¹.*

- Le soin : définition

Selon Jean-Claude Métraux, pour sortir des discours complexes sur l'Autre, il faut confronter nos deuils de sens : deuil « *d'un universalisme rétif à toute irréductible différence, culturelle en particulier* » ; deuil « *d'une universelle capacité de soigner, quelle que soit la position du patient* » ; deuil « *d'une conception du soin en termes d'antidotes à la souffrance* ». Jean-Claude Métraux propose une définition du soin qui prend en compte cette confrontation des deuils.

Soigner, c'est permettre à l'autre de s'instituer, individuellement et collectivement, acteur et auteur de son devenir, quelle que soit la douleur qu'une telle démarche implique pour lui, patient, et pour moi, thérapeute ; mais en tenant compte du fait qu'en situation de survie l'un et l'autre requérons d'abord un espace où nous nous sentirons ensemble en sécurité. Ce passage du « il » au « nous » oblige à redéfinir, à recréer le lien entre patient et soignant, et partant le rapport entre identité et altérité⁹².

⁹⁰ Guy Bajoit, « Jean-Claude Métraux, *La migration comme métaphore* », *Lectures* [En ligne], Les comptes rendus, 2011, mis en ligne le 06 décembre 2011, consulté le 13 février 2015. URL : <http://lectures.revues.org/6934>

⁹¹ Idem

⁹² Idem, p. 27

1.3.6.4. Jean Furtos : la clinique psycho-sociale⁹³

« La clinique psycho-sociale est la prise en compte d'une souffrance psychique qui s'exprime sur les lieux du social. (...) Nous sommes ici dans une zone où la précarité sociale se conjugue avec la pauvreté, laquelle est définie par une question de seuil dans une société donnée.

La souffrance psychique d'origine sociale a des effets sur les personnes qui les vivent et sur les professionnels qui les reçoivent.

Dans le contexte actuel et selon l'histoire de chacun, cette précarité normale (précarité constitutive de l'être humain liée à la possibilité de sa non reconnaissance, c'est-à-dire à l'exclusion) se transforme volontiers en précarité exacerbée, susceptible alors d'entraîner une triple perte de confiance : perte de confiance en l'autre qui reconnaît l'existence, perte de confiance en soi-même et en sa dignité d'exister, et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, catastrophique, ou même qui disparaît (« no future »).

Du fait de l'atténuation de la confiance, l'obsession collective qui définit une société précarisée devient celle de la perte possible ou avérée de ce que nous appelons les objets sociaux. (...) un objet social, c'est quelque chose de concret comme l'emploi, l'argent, la retraite, le logement, la formation, les diplômes, les troupeaux, les biens. On en a ou pas. On peut les avoir perdus, ou avoir peur de les perdre en les possédant encore, ou de perdre les avantages qu'ils sont susceptibles de procurer. Un objet social, c'est une forme de sécurité, (...), qui est quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs qui fait à la fois statut et lien ».

1.3.6.5. La psychiatrie sociale⁹⁴

La psychiatrie sociale s'adresse aux personnes qui vivent dans un malaise global, qui présentent des difficultés dans deux registres essentiels : la vie psychique et la vie sociale.

C'est une pratique réunissant différents acteurs pour favoriser un travail autour d'une réflexion commune. Le réseau est fondé sur une logique de terrain.

Une pratique de réseau en santé mentale consiste pour une personne présentant des difficultés multiples :

- *à mettre en place une coopération entre les différents acteurs mobilisés ;*
- *à énoncer le problème, les objectifs et à tenter d'élaborer des solutions ou des trajectoires de soin grâce à, entre autres, des analyses croisées. En déterminant, par exemple, qui est le plus apte à gérer tel aspect de la problématique de la personne sans référence à un quelconque intérêt corporatiste ;*
- *à établir des relations contractuelles sans hiérarchie de statut ;*
- *à organiser des réunions pluridisciplinaires en présence de la personne concernée et à accepter l'évaluation des pratiques ;*
- *à organiser une communication transversale et réciproque des informations garantissant la confidentialité (document de coordination géré par la personne).*

Chaque acteur est sur un plan d'égalité et occupe une place spécifique reconnue par tous. De ce travail va se dégager une parole commune qui appartiendra au groupe et que chacun reprendra à son compte.

⁹³ FURTOS J., *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Paris, Elsevier Masson, 2008, pp. 18-21.

⁹⁴ CABANEL F., LUNGERI P., « Psychiatrie-social : quelques réflexions en guise d'idées... », *Empan* 2/ 2005 (n° 58), p. 64-70

Le réseau amène une réponse globalisante en mettant en relief tout l'aspect psychosocial et économique, grâce à divers intervenants de tout secteur.

La personne peut exprimer sa liberté de choix quant aux divers intervenants. Elle dispose d'un droit inaliénable à la confidentialité des éléments concernant sa situation sociale, médicale et sa vie privée.

1.3.6.6. Psychiatrie communautaire transculturelle

Une psychiatrie communautaire transculturelle peut être définie comme une politique de sectorisation ancrée dans la culture et dans la communauté, ce qui favorise l'insertion de l'individu dans son réseau social d'appartenance⁹⁵.

1.3.6.7. En conclusion

Outre l'espace thérapeutique classique, le dispositif pluriel préconisé par ces auteurs s'appuie sur plusieurs axes de travail. La dimension clinique s'intègre dans une dimension communautaire et politique.

Les réflexions à la base du dispositif multifocal portent sur un accompagnement qui fait sens pour les personnes étrangères ou d'origine étrangère mais également sur la réduction des obstacles à l'accès aux soins. L'existence de ces obstacles a été démontrée par plusieurs études, en Belgique et ailleurs :

- Les migrants seraient peu réceptifs au cadre de l'aide en santé mentale. Soit, ils n'en connaissent pas l'existence, soit ils craignent la stigmatisation (je ne suis pas fou), ont honte ou ne se sentent pas compris.
- Le poids de la situation sociale, fait que l'aide psychologique n'est pas une priorité : précarité, insécurité, rejet, barrières administratives dans l'accès aux soins.
- Réserve des psychologues eux-mêmes qui manquent de ressources : temps, formations, informations.

En conclusion de ce chapitre sur les initiatives spécifiques « Exil » dans leur contexte, on peut retenir que la pratique de travail de ces trois équipes rejoint certaines volontés belges et européennes en matière de prise en charge des migrants. Leur pratique de travail prend appui sur un courant de pensées dans lequel s'inscrit nombre d'équipes de différents pays, spécialisées dans la prise en charge des personnes migrantes, réfugiées et victimes de torture. Ce courant de pensées est continuellement alimenté par de nouvelles réflexions venant de la pratique mais aussi des changements politiques en matière d'immigration. Le chapitre suivant se penchera justement sur le cadre thérapeutique mis en place par les 3 IS « Exil » en Wallonie, en résonance avec les référentiels théoriques et la spécificité de leur public-cible.

⁹⁵ JACQUES P., *La Santé Mentale en Afrique de l'Ouest : pour une psychiatrie transculturelle et communautaire*, Rapport de voyage d'étude, 1998, inédit, p. 6.

2. Approche multifocale de la santé mentale

Les initiatives spécifiques « Exil » s'adressent aujourd'hui à toute personne étrangère ou d'origine étrangère, pour autant qu'elle présente des difficultés psychiques. On sait que l'expérience de la migration peut fragiliser la personne mais nombre de ceux qui la vivent la traverse positivement. Il n'existe pas, actuellement, de chiffres sur la proportion de personnes (d'origine) étrangère/s qui a bénéficié d'une aide psychologique pas plus qu'on a une idée précise des besoins de ce public.

Il serait d'ailleurs intéressant d'aller investiguer auprès de la population générale des migrants afin de mieux connaître leurs ressources, leurs difficultés et leurs besoins éventuels. En particulier les migrants qui n'ont pas transité par un centre d'accueil. Existe-t-il une part de migrants qui ont besoin d'un accompagnement psychologique mais qui n'en n'ont pas ? Quels sont les éléments qui permettent à ces personnes de traverser l'expérience de la migration sans difficultés majeures ? Est-ce que des problèmes de santé mentale se retrouvent traités dans des services sociaux ou médicaux ?

Parmi la population des IS « Exil », nous nous arrêterons notamment, dans ce chapitre, sur les demandeurs d'asile. Cette population y prend sa place dans le cadre des collaborations avec Fedasil. Il s'agit en effet d'une catégorie de migrants considérée comme particulièrement vulnérable et Fedasil est tenu de leur offrir un accompagnement thérapeutique lorsqu'elles en ont le besoin. Elle s'inscrit aussi dans l'histoire de ces IS, créées, en Belgique comme ailleurs en Europe, pour apporter un accompagnement psycho-social aux victimes de guerre, de torture, de violence intentionnelle ou de traitement inhumain. Dans les pages qui suivent, pour expliquer comment l'aménagement du cadre de travail prend en compte les spécificités du public, nous partirons du possible parcours migratoire du demandeur d'asile ou plutôt « des » parcours migratoires parce que, on l'a vu, les usagers de ces services ne présentent pas tous le même parcours. Par exemple, tous n'introduisent pas une demande d'asile au moment de leur arrivée sur le territoire belge. Il est également nécessaire de garder à l'esprit que la demande d'asile ne représente qu'un motif de migration parmi tant d'autres. Les difficultés, les ressources et le statut juridique ne seront pas les mêmes selon qu'on soit un migrant français, un étudiant bulgare, un réfugié syrien ou une épouse arrivée par regroupement familial.

Ce chapitre, qui développe l'approche multifocale de la santé mentale, se centre sur les différentes étapes susceptibles de fragiliser le bien être psychique. En effet, il s'agit bien ici d'aborder le travail d'initiatives spécifiques de SSM, leurs usagers ayant connu, à un moment donné, des difficultés en lien avec leur parcours migratoire. Les manifestations de ces difficultés s'apparentent toutefois, souvent, à des réactions normales face à une situation anormale.

Si les équipes « Exil » ont développé un cadre de travail spécifique, leur pratique est traversée par les différents référentiels théoriques présentés dans le chapitre précédant. Ces référentiels sont utilisés de manière superposée et sans hiérarchie en fonction de la situation, des moyens et des possibilités.

2.1. Santé mentale et migration

La santé mentale est un concept aux frontières pas toujours bien définies, mais l'importance d'avoir « une bonne santé mentale », qui permet de mener une vie conforme à ses aspirations est reconnue par tous. Avoir une santé mentale « saine » n'est pas uniquement le résultat de prédispositions personnelles. La santé mentale est en constante interaction avec l'environnement et le parcours de vie d'un individu. Kovess-Masféty définit la santé mentale comme étant : « *l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné. Cet état s'apprécie à l'aide des éléments suivants : le niveau de*

bien être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : les facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques des personnes, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, relationnels et affectifs, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution et s'intègrent de façon dynamique chez la personne⁹⁶».

Lorsqu'une personne décide de s'exiler, d'immigrer, cela ne se fait pas sans heurts pour sa santé mentale.

La caractéristique principale de l'exil est la rupture des étayages (identitaires, culturels, familiaux, matériels et sociaux). En d'autres mots, la personne ne bénéficie plus des appuis habituels qui lui permettent d'avoir des repères et de structurer sa vie. Cette rupture des étayages rentre directement en résonance avec la définition de la santé mentale proposée plus haut. Suite à cette rupture, l'immigré doit reconstruire ses repères perdus et cela va dépendre en grande partie de son entourage et du réseau qu'il va pouvoir créer.

L'expérience de l'exil est donc en soi un grand bouleversement pour tout individu, d'autant plus si le départ est forcé et précipité, avec l'impossibilité d'un retour en arrière.

Les initiatives spécifiques « exil » travaillent avec des hommes et des femmes, des enfants, des jeunes, des vieux, qui ont tous un jour quitté la vie qu'ils connaissaient pour un avenir meilleur. Toutes ces personnes, pour différentes raisons, ont laissé derrière elles une famille, des amis, un lieu de vie, le confort du quotidien, leurs objectifs de carrière, et bien d'autres choses encore.

Les raisons qui poussent une personne, une famille à quitter son pays sont multiples et non sans possibilités d'influencer leur santé mentale. Citons-en quelques-unes : guerres, viols, torture, discriminations, violences, pertes multiples, exclusion, abus de droit de l'homme, prison, deuils multiples, trafic d'êtres humains.

A ces raisons poussant au départ, bien souvent traumatisantes, vient s'ajouter le parcours migratoire, lui aussi susceptible de mettre à mal l'équilibre psychique des personnes en situation d'exil. En effet, de nombreuses difficultés peuvent émerger sur le chemin de l'immigration, avant que ces personnes n'atteignent un pays dans lequel elles pensent pouvoir se reconstruire et mener une vie meilleure.

« La période qui suit l'arrivée d'un réfugié dans un pays, période où il est le plus fragile et le plus anxieux quant à son avenir, revêt une importance critique : toute difficulté sévère et durable survenant dans cette période est susceptible d'avoir des conséquences néfastes sur le climat familial et la santé des enfants⁹⁷ ».

Or, l'arrivée en Belgique, arrivée porteuse de tous les espoirs, est souvent synonyme de désenchantement. Plusieurs facteurs participent à ce désenchantement. Pour les personnes souhaitant obtenir le titre de réfugié, Premièrement, au fil des années, la procédure de demande d'asile s'est faite de plus en plus soupçonneuse. *« Déposer une demande d'asile implique de se mettre à la disposition des autorités compétentes, sans forcément avoir les connaissances de la langue et du fonctionnement administratif nécessaires pour pouvoir garder une sensation de maîtrise sur des décisions vitales pour la personne⁹⁸ ».* Rencontrer des agents qui mettent en doute la véracité des propos est très difficile à vivre par des personnes qui ont subi des violences intentionnelles visant à les

⁹⁶ KOVESS-MASFETY V. (2001). « Précarité et santé mentale ». Rueil-Malmaison, France : Doin. 103p.

⁹⁷ NSHIMIRIMANA L., (2002) « Immigrés en souffrance : traiter la différence ou soigner l'accueil ? », dans ELKAIM M. (Dir.) *Familles, cultures et psychothérapies*, Belgique, de Boeck.

⁹⁸MARULLA H. et al., « Un improbable refuge » Les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d'asile, *Psychothérapies*, 2004/4, Vol. 24, p. 216.

déshumaniser. La précipitation du départ les empêche bien souvent d'avoir avec eux des documents attestant de la véracité de leurs dires. « *La condition de requérant d'asile implique une remise en cause du bien-fondé de ses engagements et des valeurs humaines qui le sous-tendent. Elle atteint au sens existentiel et fragilise de ce fait toute la structure identitaire. Il en découle une tension psychique, face à laquelle la personne va tenter de mobiliser différentes stratégies*⁹⁹ ». S'y ajoute l'assignation à un lieu de résidence, qui renforce cette impression de perte de liberté et de contrôle sur sa vie.

Il fut un temps où les procédures d'asile proprement dites, étaient plus longues et contraignaient les demandeurs d'asile à rester des mois, voire des années dans des centres où l'oisiveté, l'incertitude et la proximité avec les autres demandeurs d'asile entraînaient certaines tensions ou des sentiments dépressifs chez certains. Cependant, la longueur de la procédure leur permettait de créer un réseau d'entraide et augmentait donc leurs ressources. Aujourd'hui la procédure d'asile est plus expéditive et le refus est la réponse la plus courante. Les exilés se retrouvent plus vite hors structures d'accueil et hors circuits. Les déboutés de la procédure choisissent rarement le chemin du retour, ils se retrouvent donc dans l'illégalité.

Le désenchantement peut également survenir lors du constat de la perte de son statut social. Les demandeurs d'asile en cours de procédure ont le droit de travailler 6 mois après l'introduction de leur demande. Ce permis de travail de type C leur donne également accès aux formations du Forem moyennant le paiement des déplacements. Ce coût peut freiner certains demandeurs d'asile. De plus, il n'est pas toujours facile de décrocher un travail à long terme avec le permis délivré. Les diplômes sont rarement reconnus, ou plutôt, la Belgique ne leur donne pas la même valeur que dans leur pays d'origine. Cette perte de statut social a des impacts sur l'estime de soi, le couple et la famille.

L'enquête « *Careers*¹⁰⁰ » a pourtant démontré que l'accès au marché du travail est bénéfique non seulement pour l'individu mais également pour l'état belge : au plus tôt les migrants ont accès au marché du travail, au plus leurs chances de rester durablement parmi la population active augmentent. Quatre ans après la reconnaissance de leur statut, 55% des réfugiés figurent parmi la population active. L'intégration au sein du marché du travail s'améliore avec le temps. Les femmes seules avec enfants représentent néanmoins une population qui éprouve plus de difficultés pour sortir de l'aide sociale.

D'une manière générale, l'arrivée en Belgique bouleverse l'harmonie familiale. Cette difficulté à avoir accès au marché du travail peut prolonger le moment de crise vécu par la famille. D'autant plus que, la plupart du temps, des familles sont originaires de pays où la répartition des rôles au sein du ménage reste assez traditionnelle.

Prenons en exemple un père qui, ne trouvant pas de travail, est contraint de rester à son domicile et ne peut pas remplir son rôle de pourvoyeur aux besoins de la famille. Pour garder l'autorité dont il jouissait autrefois, il peut devenir plus sévère et exerce plus de contrôle sur les membres de la famille. La femme, à cause des enfants, est amenée à être plus souvent à l'extérieur du domicile et gagne en autonomie. Les enfants, grâce à leur scolarisation et leur facilité d'adaptation sont souvent les premiers à maîtriser la langue du pays d'accueil et les « codes », ce qui les place parfois dans une « *position d'expert de de la société d'accueil*¹⁰¹ ». Les rôles de chacun s'en trouvent bouleversés.

⁹⁹ Idem, p. 218.

¹⁰⁰ « La longue et sinueuse route menant à l'emploi. Analyse des carrières sur le marché de l'emploi des demandeurs d'asile et des réfugiés en Belgique » : http://www.diversite.be/sites/default/files/documents/article/resume_careers_fr.pdf

¹⁰¹ KOLELA-KABANGU V. et DRION M-C « La prise en charge des enfants primo-arrivants », in *Confluences*, n° 21, décembre 2008, p. 34

L'absence de liens sociaux, un sentiment d'isolement, d'exclusion et de solitude, viennent s'ajouter aux difficultés précédemment citées.

Après un refus, différents recours sont possibles (protection subsidiaire, régularisation temporaire pour circonstances exceptionnelles ou motifs médicaux) mais l'aide matérielle ou sociale est soit inexistante le temps de l'examen de la recevabilité d'une nouvelle demande, soit fortement limitée. Voir schéma présenté au point 2.2.4. Les différents recours possibles et leurs caractères temporaires maintiennent un long temps d'attente où l'incertitude quant à l'avenir est couplée à un mode de vie de plus en plus précaire. *« Vivant dans la réalité immédiate, le requérant (d'une démarche ultérieure) est confronté au fait qu'il n'a pas les mêmes droits que les autres citoyens ou les autres immigrés, en ce qui concerne l'accès tant au logement qu'au travail et aux soins. Il peut en découler au fil des mois une atteinte de l'estime de soi, un sentiment de dévalorisation. De plus, les conditions qui sont liées à cette attente peuvent entrer en résonance avec des persécutions subies dans le pays d'origine¹⁰² ».*

Voir que les motifs qui l'ont conduit à l'exil ne sont pas reconnus peut porter une grave atteinte à l'équilibre psychique, cela peut même être l'élément déclencheur d'une dégradation grave de la santé physique et psychique. En effet, le refus peut être vécu comme étant une *« perte de tous les repères, un sentiment d'absurdité, une incompréhension totale de leur situation¹⁰³»*. Le sentiment d'impuissance et de dépendance est également exacerbé.

L'exclusion sociale, voire la violence institutionnelle liée au non-accueil a des effets désastreux sur la santé mentale chez des personnes ne présentant pas de pathologie mentale mais qui au fil des ans, à force de vivre aux marges de la société, finissent par tomber malade si elles ne trouvent pas en elles et/ou dans leur entourage les ressources pour affronter les obstacles à l'intégration. A la souffrance de l'exil, au traumatisme pré-migratoire, aux deuils et pertes multiples, s'ajoute alors la souffrance due à l'exclusion et à la précarité matérielle des liens sociaux et des repères¹⁰⁴.

La seule aide encore octroyée aux déboutés est l'Aide Médicale Urgente. Il existe deux exceptions qui donnent droit à l'aide matérielle ou à l'aide sociale : lorsqu'il s'agit de familles ou lorsqu'il est démontré une impossibilité absolue de retour.

« Il est observé des difficultés psychiques dont l'origine doit être comprise comme la conséquence d'un cumul de facteurs de stress : le traumatisme, la migration et ses deuils, ainsi que la situation actuelle d'insécurité administrative¹⁰⁵ »

L'expérience de la migration et ses difficultés multimodales peut avoir des répercussions sur la 2^{ème} et 3^{ème} génération : difficultés des adolescents à jongler avec des références culturelles différentes, non-dits, espoirs, attentes....

Il est important de noter que toutes les personnes exilées ne connaissent pas les mêmes difficultés et ne sont pas affectées de la même façon par les épreuves qu'elles ont à surmonter. Certaines personnes trouvent en elles des ressources personnelles ou communautaires pour faire de l'expérience de l'exil une expérience, au finale, positive.

Précisons également que la migration n'est pas en soi une cause de maladie mentale. Il ne faut pas considérer comme pathologique des réactions normales à une situation anormale. Seule une part des

¹⁰²MARULLA H. et al., « Un improbable refuge. » les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d'asile, *Psychothérapies*, 2004/4, Vol. 2, p. 217.

¹⁰³ Idem, p. 218.

¹⁰⁴ Projet du service de santé mentale « Clinique de l'Exil », décembre 2012, p 13.

¹⁰⁵ MARULLA H. et al., « Un improbable refuge. » les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d'asile, *Psychothérapies*, 2004/4, Vol. 2, p. 222.

nouveaux arrivants aura besoin de recourir à l'aide de professionnels de la santé mentale¹⁰⁶, mais les données chiffrées sont rares, même si on a pu constater une plus grande souffrance psychique dans les populations immigrées par rapport aux populations autochtones¹⁰⁷. En effet, même si ces propos sont à nuancer, ces populations ont subi des événements dont le potentiel destructeur n'est plus à démontrer.

« D'une manière générale, l'état de santé des demandeurs d'asile, à leur arrivée en Belgique, est légèrement supérieur à l'état de santé moyen de la population belge, explique le Dr Marc Vander Veken directeur médical de Fedasil. Ce constat s'explique de manière assez simple. Les personnes les plus faibles ne quittent pas leur pays. Et le voyage est suffisamment éprouvant pour que seuls les plus résistants arrivent à destination ». Pourtant, au terme de la procédure d'asile, on remarque un certain tassement de cet état de santé général, qui descend même en dessous de l'état de santé moyen de la population belge. « La procédure d'asile est une période difficile et stressante, poursuit le Dr Vander Veken, et on peut dire que durant cette période, la tête encaisse plus que le corps. »¹⁰⁸ »

Cela dit, selon certains chercheurs, *« plusieurs familles immigrantes sont en fait résilientes et ont de bonnes capacités d'adaptation »¹⁰⁹*. Cette constatation rejoint l'idée que seules les personnes les plus fortes quittent leur pays. Ces capacités résilientes, signe d'une santé mentale non-pathogène, peuvent être suscitées par un certain environnement mais peuvent également être mises à mal par ce dernier. Par exemple, les politiques d'accueil (mais pas uniquement elles) peuvent venir surajouter de la souffrance.

Une grande partie du travail des Initiatives « Exil » sera d'activer les capacités de résilience de leurs usagers. La résilience¹¹⁰ peut se comprendre comme étant : *« la capacité à réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative »*. Nous ne pouvons que constater que ce concept est en étroite résonance avec l'état de « bonne santé mentale » qui fait que *« nous sommes bien avec nous-mêmes, que nous avons des relations satisfaisantes avec autrui et que nous sommes capables de surmonter les tensions normales de la vie »¹¹¹*.

Ces trois services ont donc mis en place un cadre de travail prenant en compte à la fois des difficultés découlant de la migration à proprement parler (rupture des étayages, non maîtrise de la langue, etc.) et des difficultés induites par les différentes procédures d'obtention d'un titre de séjour. *« L'intrication constatée entre situation individuelle et sociale a pour conséquence que les difficultés rencontrées ne peuvent être traitées comme du seul ressort de la personne »¹¹²*. Les initiatives spécifiques ont donc développé une approche multifocale.

¹⁰⁶ BHUI K., MCCOLL H., MCKENZIE K., (2008) « Mental healthcare of asylum-seekers and refugees », *Advances in Psychiatric Treatment* n°14, pp 452-459. <<http://apt.rcpsych.org/content/14/6/452.full>>

¹⁰⁷ NSHIMIRIMANA L., (2002) « Immigrés en souffrance : traiter la différence ou soigner l'accueil ? », dans ELKAIM M. (Dir.) *Familles, cultures et psychothérapies*, Belgique, de Boeck, p. 163. Elle cite une enquête : TOUSIGNANT M., HABIMANA E. & BIRON C. et al. (1999): The Quebec Adolescent Refugee Project: Psychopathology and Family Variables in a Sample From 35 Nations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, November, 38 (11) : 1-7

¹⁰⁸ COMHAIRE G., «La douleur d'être parti », in Migrations magazine : <http://www.migrations-magazine.be/les-numeros/7-integration-un-horizon-a-partager/item/161-la-douleur-d-etre-parti>

¹⁰⁹ ROBICHAUD F., « Pratiques exemplaires : la vision des familles » (2010), Thèse de doctorat en psychologie, sous la direction de LACHARITE C., Québec, Université du Québec à Trois Rivières.

¹¹⁰ CYRULNIK, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.

¹¹¹ GOSSELIN CH., MINOTTE P., (2012) « Rapport : Handicap mental et santé mentale » Namur, Plate-Forme de concertation en santé mentale des Régions du Centre et de Charleroi - Institut Wallon pour la Santé Mentale, 210 pp.

¹¹² MARULLA H. et al., « Un improbable refuge. » *Les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d'asile, Psychothérapies*, 2004, Vol. 24, p. 220.

Par une constante réflexion sur leurs pratiques, elles essayent de répondre au mieux aux besoins de leur population. En 2008, le CAI a mené une étude sur les besoins des primo-arrivants en province de Namur et a pointé une série de besoins en matière de politique d'accueil :

- L'orientation et l'accompagnement efficient des migrants vulnérables ;
- La création de liens ;
- L'insertion socio-professionnelle et la formation ;
- L'insertion scolaire des enfants;
- Le droit effectif à la pratique des cultes ;
- La participation citoyenne.

L'étude du CAI a également pointé une série d'éléments qui peuvent être autant de barrières aux besoins des primo-arrivants cités plus haut :

- L'absence de sensibilisation et de connaissances, voir les préjugés des services, des institutions et de la population belge aux questions liées aux migrations récentes et aux demandeurs d'asile ;
- Les difficultés d'accès aux soins en général pour les immigrés en raison des difficultés d'expression en français et du décalage entre culture d'origine et belge¹¹³ ;
- Les effets de l'exclusion sociale sur la santé et sur la santé mentale ;
- L'urgence sociale pour les personnes sans droit de séjour et les obstacles administratifs au niveau des CPAS pour l'application du droit à l'aide médicale urgente pour les sans-papiers ;
- La mise en œuvre effective d'une médecine sociale, par exemple auprès des maisons médicales ;
- Les difficultés d'accès au logement ;
- Les freins à l'emploi ;
-

Le Ministère fédéral de la santé s'est penché plus particulièrement sur la question de la santé des migrants. Selon eux, plusieurs études attestent que les migrants et minorités ethniques ont une moins bonne santé et un moins bon accès aux soins que les belges. Le Ministère se base également sur de nombreux travaux qui ont montré des inégalités dans l'accès, l'utilisation et la qualité des soins entre la population des migrants et minorités ethniques (MME) et la population autochtone.

En 2011, la Ministre de la Santé Publique a donc publié un rapport¹¹⁴ qui recommande de rendre les soins davantage accessibles, de qualité et culturellement compétents, particulièrement auprès des groupes plus vulnérables : les personnes sans permis de séjour, les demandeurs d'asile, les personnes avec un statut précaire, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et les femmes.

L'équipe de la « Clinique de l'exil » s'est plutôt penchée sur la question de la santé mentale des migrants et notamment sur l'organisation des soins de santé mentale pour réfugiés et demandeurs

¹¹³ « Médiation interculturelle : des métiers à inventer pour un espace de changement », in *Labiso*, Cahier n° 14, 67 pp. <http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=384&display=cover>

« Le Setis Namur : trois ans de pratique d'interprétariat social », in *Labiso*, Cahier n° 89-90, 62pp. <http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=1266&display=coveret>

« Le service de médiation interculturelle du CHR de la Citadelle à Liège : les passeuses de culture », in *Labiso*, Cahier n° 65, 50 pp. <http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=969&display=cover>

¹¹⁴ COUNE I., DAUVRAIN M., DERLUYN I., LORANT V., VERREPT H., (2011) « Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques », Belgique, 48pp.

http://www.diversite.be/index.php?action=publicatie_detail&id=142&thema=4

d'asile en provinces de Namur et Luxembourg. Voir en annexe le point 6.6. Selon ce service, différentes études¹¹⁵ menées en Belgique et en Europe ont montré que beaucoup de migrants et réfugiés n'expriment pas le besoin d'un suivi psychologique. Il y a souffrance mais celle-ci ne s'exprime pas en termes médicaux. La demande d'aide psychologique va s'exprimer en termes sociaux ou à travers la souffrance somatique chez le médecin généraliste. Les conditions de vie fragilisantes influencent négativement la santé mais en plus, l'accès aux soins est limité par des barrières culturelles (absence de sensibilité culturelle) et linguistiques (absence d'interprètes).

Une étude du service de santé mentale « le Méridien¹¹⁶ », en 2001 a montré que seulement un migrant sur cinq a eu recours à une aide psychologique. Soit il n'en éprouvait pas le besoin, soit l'idée lui faisait peur. Mais d'autres études ont montré que c'est le plus souvent par manque d'information que la personne n'a pas demandé de l'aide psychologique.

Au sujet de l'absence d'adaptation culturelle des services de santé mentale, la Fédération¹¹⁷ hollandaise des services de soins en santé mentale fait les constats suivants :

- Peu de recours aux soins de santé mentale par les allochtones ;
- Un grand nombre de contacts uniques et un important pourcentage de drop-outs ;
- Les allochtones arrivent tard dans les services de soins avec des problématiques sévères.

2.2. Aménagement du cadre thérapeutique

Les personnes qui ont connu l'exil ont souvent fait face à de nombreuses souffrances. Mais nous pensons qu'un potentiel résilient est présent chez tous les usagers et plus largement chez toute personne. Il s'agira donc, pour ces équipes, de créer un environnement, un cadre thérapeutique propice au déploiement du potentiel résilient de l'usager. La résilience peut se comprendre comme étant « *la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficile, de traumatismes sévères*¹¹⁸ ». En résonance avec la vision multifocale de la santé mentale, la résilience est un processus multifactoriel. En effet, le processus de résilience est « *issu de l'interaction entre l'individu et son environnement comprenant des variables internes au sujet (structure psychique, personnalité, mécanisme défensif...) et des variables externes (caractéristiques de l'environnement socioaffectif)*¹¹⁹ ». Il s'agit donc d'un « *processus dynamique et évolutif qui est propre à chaque sujet*¹²⁰ ». La résilience ne s'acquiert pas une fois pour toute, elle est constamment remise en jeu dans l'interaction des facteurs de risque et des facteurs de protection. L'interaction de ces facteurs peut mener la personne vers la résilience ou vers la vulnérabilité.

L'aménagement du cadre thérapeutique des équipes « Exil » est traversé par leur volonté de créer un environnement propice à l'émergence des capacités résilientes de leurs usagers.

Du fait du problème de la langue, des différences culturelles, et du parcours de vie particulier du migrant, il nous semble important que le professionnel de la santé mentale, quand il est face à une personne étrangère ou d'origine étrangère, prenne en compte la langue parlée par le migrant, sa culture, la situation géopolitique de son pays d'origine ainsi que le contexte social, juridique et

¹¹⁶ Recherche du SSM « le Méridien»: Accueil et accès aux soins des personnes migrantes en Belgique; Cocof 2001-2002.

¹¹⁷ VERENEGING GGZ NEDERLAND

¹¹⁸ CYRULNICK B. cité par ANAUT M., in « Le concept de résilience et ses applications cliniques » 2005, in *Recherche en soins infirmiers*, n°82, p. 6.

¹¹⁹ ANAUT M., « Le concept de résilience et ses applications cliniques » (2005), in *Recherche en soins infirmiers*, n°82, p. 7.

¹²⁰ Idem

administratif dans lequel se trouve ce dernier. Une autre caractéristique à prendre en compte est la rupture des étayages, qui demande la reconstruction d'une enveloppe psychique. L'environnement et le contexte jouent un rôle important. Certains motifs migratoires couvrent des traumatismes et des deuils douloureux. Nous reviendrons ultérieurement sur la spécificité de ces prises en charge.

Avant d'aborder le cadre de travail mis en place par les trois initiatives spécifiques « Exil » pour répondre de façon adéquate aux demandes de soin des personnes étrangères ou d'origine étrangère, arrêtons-nous sur leur vision de la guérison en santé mentale. Elle est vue comme un processus de reconstruction. Il s'agit d'aider le migrant à mobiliser ses propres capacités résilientes afin que ce dernier puisse se recréer une « enveloppe identitaire ». Cette nouvelle enveloppe sociale et symbolique doit faire sens pour l'individu ; le travail avec les migrants implique la « *mise en place d'un dispositif qui assure la continuité du sentiment de soi et dans lequel la personne puisse se reconnaître dans la diversité des référents*¹²¹ ».

Si le service, via notamment la possibilité de gratuité, devient un repère à long terme dans le parcours des usagers, indépendamment des changements de statut juridique, il pourra d'autant mieux aider le migrant à se reconstruire une enveloppe identitaire.

Soulignons encore, avant d'aborder le dispositif de façon concrète, que la réponse clinique pour ce public est d'abord éthique, humaine et politique. Cela se traduit par un accueil empathique et une écoute attentive. Dans ce travail clinique, la neutralité ou la distance du professionnel n'est pas de mise. Au contraire, celui-ci est amené à se positionner et l'institution avec lui, face à de tels enjeux sociétaux et politiques. Par ce positionnement, il ré-humanise et reconnaît les souffrances vécues. Cette reconnaissance permettra l'établissement d'un lien de confiance, point de départ de tout travail thérapeutique.

L'aménagement du cadre de travail présenté ci-après permet une approche multifocale de la santé mentale des personnes immigrées. Cette approche, comme nous l'avons vu plus haut, est indispensable à un travail thérapeutique de qualité car elle prend en compte toute la complexité du processus de reconstruction.

Rappelons que, pour rendre les soins de santé mentale accessibles au public des migrants, il faut tenir compte conjointement de : la langue du migrant, sa culture, la situation géopolitique de son pays d'origine, le contexte social, juridique et administratif dans lequel il se trouve ainsi de la rupture de ses étayages et de l'éventuelle présence de traumatismes pré-migratoires.

Pour pouvoir tenir compte de tous ces éléments il est important de :

- travailler dans la langue du migrant, c'est-à-dire, soit parler soi-même la langue, soit faire appel à des interprètes sociaux ou à des médiateurs culturels.
« La présence d'un interprète permet au patient de se raconter dans la complexité de sa propre langue¹²² (...) »
- D'être ouvert au sens que la culture donne à la maladie, à leurs formulations étiologiques et leurs techniques traditionnelles.
« Même dans les pathologies qui atteignent l'homme dans ce qui le spécifie comme humain, le malade reste finalement en harmonie avec sa culture qui lui propose des « modèles de comportements pathologiques » à travers lesquels il exprimera son mal-

¹²¹ Projet du service de santé mentale « Clinique de l'Exil », décembre 2012, p. 58.

¹²² CLAESSENS M. : « L'Algérie au temps de la terreur : Mise en perspective de la clinique avec un patient algérien par une approche historique », Vignette clinique de Santé en Exil

être, ses tensions et ses conflits psychiques, ses angoisses et son désarroi sans trop surprendre son entourage »¹²³.

Être à l'écoute des autres repères culturels, nous dit Santé en Exil, permet une mixité des possibles et « *scelle une alliance et une confiance dans la possibilité pour l'utilisateur de pouvoir s'exprimer sur ce qu'il est intimement, et permet ensuite, dans une forme de compromis, de déterminer sur ce que l'on pourra faire ensemble* ».

- Être ouvert à la prise en compte de la situation géopolitique, passée ou actuelle, du pays d'origine.

« Face à cette errance, face à cette blessure psychique extrême, face au rejet familial et social, il m'était donc important de reconsidérer ces dires dans le contexte de l'époque pour mieux pouvoir me situer par rapport à ceux-ci et affiner ainsi mon diagnostic »¹²⁴.

- En d'autres mots, il est important que le thérapeute soit ouvert d'esprit. Il n'est pas nécessaire pour le psychologue de disposer de fiches qui le renseigneraient sur la culture du patient. Le patient connaît sa culture, c'est donc lui qui va apporter les renseignements nécessaires.

« Parler avec l'autre de sa culture est aussi nécessaire car chaque personne ressent et explique sa culture de façon différente, l'histoire personnelle de chacun et les blessures de la vie amène à vivre sa culture et ses traditions d'une façon propre à chacun. Disons enfin que s'il n'est pas possible de connaître toutes les cultures du monde, il est néanmoins possible d'avoir comme outil ce décentrage, cette attitude réflexive par rapport à sa propre culture et son rapport avec l'autre¹²⁵ ».

- D'être ouvert à la dimension de co-construction entre thérapeutes et usagers. Cette co-construction émerge de la prise en compte des éléments cités précédemment. Santé en Exil nous dit :

« L'entrée de la souffrance psychique dans le champ social induit un brouillage des identités professionnelles. En tant qu'intervenant, nous sommes souvent forcé de prendre les usagers là où ils viennent se déposer, même si ce n'est ni le lieu ni l'interlocuteur le plus approprié en théorie. Notre travail passe effectivement par la co-construction d'un sens partagé et la création d'un espace intermédiaire entre les différentes réalités qui nous traversent. Cette vision multiple et complémentaire de la situation nous amène à pouvoir entendre la multiplicité des lectures par les usagers eux-mêmes. »

« (...) l'interlocuteur étranger sera souvent un excellent guide pour nous aider à traverser, à comprendre la culture de l'autre. Prendre le temps de discuter de nos incompréhensions de façon calme et curieuse avec la personne permet de consolider ce lien et d'amorcer une détente et d'éviter autant que possible un raidissement de chacun dans ses certitudes et dans sa communauté »¹²⁶.

¹²³NSHIMIRIMANA L., (2002) « Immigrés en souffrance : traiter la différence ou soigner l'accueil ? », dans ELKAIM M. (Dir.) *Familles, cultures et psychothérapies*, Belgique, de Boeck

¹²⁴ CLAESSENS M. : « L'Algérie au temps de la terreur : Mise en perspective de la clinique avec un patient algérien par une approche historique », Vignette clinique de Santé en Exil

¹²⁵ CLAESSENS M., « Réflexions autour de la rencontre interculturelle dans le « travail social » », Présentation dans le cadre de la conférence *Parcours d'exil et santé mentale* organisée par le CRIC, Gilly, 2014.

¹²⁶ CLAESSENS M., « Réflexions autour de la rencontre interculturelle dans le « travail social » », Présentation dans le cadre de la conférence *Parcours d'exil et santé mentale* organisée par le CRIC, Gilly, 2014.

- Travailler en réseau multidisciplinaire et interinstitutionnel, c'est-à-dire, par exemple, travailler avec un avocat, un service social spécialisé en droit des étrangers, collaborer avec les réseaux communautaires pour des cours de français ou d'alphabétisation, des ateliers créatifs, des temps de rencontre, d'information et d'échanges. Il est également possible que le SSM mette en place de tels ateliers.

« L'intrication constatée entre situation individuelle et sociale a pour conséquence que les difficultés rencontrées ne peuvent être traitées comme du seul ressort de la personne. (...). La Clinique doit donc prendre en compte la dimension collective, soit le lien entre la personne et le tissu social et culturel dont elle est issue. Pour cette raison, l'action thérapeutique individuelle est complétée par des propositions comme des prises en charge en groupe ou la participation à des activités collectives¹²⁷. »
- Ces exemples montrent qu'il est également important de décloisonner les champs d'interventions.
- Pour un travail en réseau efficace, les personnes qui ont l'habitude de travailler avec un public de migrants peuvent fournir un appui aux institutions confrontées à des difficultés interculturelles ou à des problèmes d'adaptation.
- Une intervention conjuguée au sein du service favorise l'efficacité de la prise en charge : médication, thérapie individuelle, thérapie de couple, familiale, groupes ethnopsychiatriques, logopédie, co-thérapie...
- Ce dispositif demande une certaine souplesse du cadre.

« Quand des difficultés très réelles bouchent tout espace de pensée, il faut d'abord trouver des solutions, éteindre le feu des urgences, celles auxquelles la personne donne priorité. Le « faire » supplante le « dire » pour mieux préparer le terrain de l'entente. Dans cette clinique, on ne peut se cantonner bureaucratiquement aux limites de sa fonction¹²⁸ ».
- Apporter une réponse rapide à la demande.
- Offrir la possibilité de la gratuité des soins.

La posture même du thérapeute s'en trouve modifiée :

- L'attitude de neutralité a peu sa place dans la Clinique de la transculturalité, selon les représentants des équipes « Exil » :

« Notre travail est déterminé par le contexte socio-politique, qui nous invite à nous positionner clairement face à la détresse de la personne. Dans la rencontre, le patient est d'abord un être humain semblable à nous même, avant d'être un malade, un réfugié ou un étranger. Sans la confiance, il sera difficile d'avancer. Pas question de distance ou de neutralité si l'on veut créer une alliance thérapeutique; sans pour autant s'identifier au patient ou devenir son avocat. Nos interventions thérapeutiques ne sont pas indépendantes des contextes institutionnels qui produisent la violence sociale. Il s'agit donc de reconnaître l'asymétrie de la relation thérapeutique et reconnaître notre

¹²⁷MARULLA H. et al., « Un improbable refuge. » les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d'asile, *Psychothérapies*, 2004/4, Vol. 24, p. 221

¹²⁸CONROTTE J., (2014) « Le déplacement et ses lignes de faille », dans JAMOULLE P. (dir.), *Passeurs de mondes. Praticiens-chercheurs dans les lieux d'exils*, France, Academia-L'Harmattan.

position dominante dans la relation d'aide, en tant qu'occidental, blanc de classe moyenne, qui a le diplôme, le savoir ».

Une autre caractéristique du travail avec les réfugiés est l'hospitalité.

« Tendre une main à un frère est souvent la première réponse face à l'exclusion: réhumaniser là où il y a eu exclusion hors de l'humanité, là où il y a eu rupture de la confiance dans l'humain et dans les institutions. Même si la personne semble se méfier de nous ou si elle raconte une histoire qui ne nous semble pas plausible, il s'agit d'abord de légitimer les manifestations de survie. Aucun travail d'élaboration psychique n'est possible tant que les blessures, les pertes, n'ont pas été reconnues¹²⁹. »

- Il est important que le thérapeute soit clair vis-à-vis de lui-même sur sa position par rapport à l'immigration. Ce dernier est invité à *« questionner sa propre construction de l'immigré, son implication active dans la construction de la différence imputée ensuite, après coup, à l'immigré lui-même¹³⁰ »*.

- L'intervenant, en adoptant une attitude hospitalière et accueillante facilitera le premier accueil qui est décisif.

« La représentation du soin psychique par la parole est propre à des groupes privilégiés de la culture occidentale, bon nombre de patients se présentent à la consultation sans aucune idée préalable de ce qui est censé s'y passer. L'accueil et un certain positionnement de proximité sont donc essentiels. La proximité n'est jamais de la familiarité, c'est plutôt une façon de signifier le désir de rencontre (...). L'échange de paroles sert d'abord à nouer le lien et à construire la confiance qui autorisera le dire »¹³¹.

« En entretien, la capacité à nommer sera comme une lutte de longue haleine face à l'influence néfaste de la peur qui peut prendre le contrôle de l'esprit des gens et les empêche de parler. Ils furent les témoins d'actes fous, d'une folie qui est contagieuse, qui peut rendre fou celui qui entre en contact avec elle. Dans les entretiens, il s'agira donc de vivre une fraternité de lutte, une solidarité humaine comme une barricade contre la barbarie »¹³².

- L'intervenant sera amené à tenir compte du contexte sociojuridique dans lequel vit l'usager.

« Je terminerai déjà cette courte présentation en insistant sur la compréhension fine du contexte socio-juridique du primo-arrivant et particulièrement du demandeur d'asile. Il est important de comprendre ce contexte dans lequel il évolue pour pouvoir se mettre à son niveau et améliorer ainsi notre empathie et nos interventions. La capacité humaine à se battre pour survivre est une ressource saine et souhaitable. Toutefois cette capacité prend une tournure parfois complexe quand on est dans un pays dans lequel on n'est pas a priori le bienvenu. La personne sans permis de séjour stable et qui se sent en grand danger en cas de retour au pays fera tout pour survivre. Pour survivre en Belgique, pays très organisé, le sésame de la survie est le permis de séjour. Le primo-arrivant va donc vite comprendre que sa survie passe par ce bout de papier. Il fera donc, et c'est normal et souhaitable, ce qu'il faut pour l'obtenir. Cette réalité socio-juridique

¹²⁹ Projet du service de santé mentale « Clinique de l'Exil », décembre 2012, p. 41

¹³⁰ NSHIMIRIMANA L., (2002) « Immigrés en souffrance : traiter la différence ou soigner l'accueil ? », dans ELKAIM M. (Dir.) *Familles, cultures et psychothérapies*, Belgique, de Boeck.

¹³¹ CONROTTE J., (2014) « Le déplacement et ses lignes de faille », dans JAMOULLE P. (dir.), *Passeurs de mondes. Praticiens-chercheurs dans les lieux d'exils*, France, Academia-L'Harmattan.

¹³² Claessens M. « L'Algérie au temps de la terreur ».

nous est imposée à tous, à nous comme à eux, elle n'est pas de notre ressort mais va conditionner beaucoup de notre interaction »¹³³.

- Il est important que le thérapeute reconnaisse les souffrances vécues par le migrant, sans jugement de sa part quant au bien-fondé de sa souffrance.
«La base de la clinique psychosociale, hors cadre habituel de la psychothérapie classique, c'est le lien qui se noue entre le professionnel et la personne¹³⁴. »
- Comme dans toute clinique, l'intervenant tiendra compte de l'histoire de la personne, de sa personnalité, de son contexte familial et social et de sa communauté d'appartenance.

Un métissage théorique et culturel au sein de l'équipe est une richesse pour le travail thérapeutique. Un exemple en est l'établissement plus rapide d'un lien entre l'utilisateur et l'intervenant si ces derniers partagent la même langue.

Cet aménagement du cadre rejoint les « sept composants de bonnes pratiques » élaboré par des acteurs du projet EUGATE ("Bonnes Pratiques dans les Services de Santé pour les Immigrants en Europe)¹³⁵. *« Ce projet a examiné la législation et les politiques existantes, obtenu les avis d'experts sur les facteurs constituant les bonnes pratiques et recueilli les vues et expériences des professionnels de santé dans différents types de services de santé ».* Voir en annexe le point 6.7.

La mise en place d'un tel dispositif permettra au migrant de recréer du lien et par là, de se reconstruire une enveloppe identitaire qui lui permettra, comme le dit si bien Jean Furtos : *« de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non pas sans révolte ; c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, mais aussi d'investir et de créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives. »*

La prise en charge d'une personne en situation de trauma contient des particularités, qui vont au-delà d'un simple aménagement d'un cadre thérapeutique.

Illustration

Il s'agit d'une famille primo-arrivante d'origine Kurde Irakienne, en Belgique depuis 2002. En août 2006, nous recevons une demande d'aide pour la maman âgée de 32 ans (nous l'appellerons Najat). Cette demande provient du service médical du Centre d'accueil où elle est hébergée depuis peu avec son mari et leurs trois enfants. Madame vient à cette première consultation accompagnée de son mari et de son plus jeune fils Medhi alors âgé de deux ans. Malgré l'insistance du père à faire appel à son fils aîné, Kader, âgé de 11 ans, pour assurer la traduction, je les reçois avec une interprète de langue arabe que Monsieur est le seul à maîtriser, et ce, en raison de la difficulté à trouver un interprète en Kurmandji. D'emblée, la souffrance me semble portée par chaque membre de la famille. Najat se dit très nerveuse, elle se plaint de maux de tête et éprouve de fortes angoisses.

Elle se sent dépassée par la situation administrative liée à leur demande d'asile et la charge de leurs trois enfants. Elle se plaint aussi des conditions de vie au centre : les enfants ne sont pas bien alimentés et développent des allergies, ils se montrent nerveux. Le père,

¹³³ CLAESSENS M., « Réflexions autour de la rencontre interculturelle dans le « travail social » », Présentation dans le cadre de la conférence *Parcours d'exil et santé mentale* organisée par le CRIC, Gilly, 2014.

¹³⁴ Projet du service de santé mentale « Clinique de l'Exil », décembre 2012, p. 44.

¹³⁵ Voir en annexe (6.1)

appelons le Ahmed, cache difficilement sa colère et sa méfiance à l'égard des interlocuteurs d'un pays qui lui refuse jusqu'à présent le droit d'asile. Il se sent incompris car, dira-t-il, « tout le monde voit à la TV ce qui se passe dans mon pays ».

Durant les premiers entretiens, je reviens sur la trajectoire de la demande afin de me différencier des intervenants déjà impliqués. En effet, j'apprends que, précédemment, la famille hébergée en ILA en attente d'une réponse à sa demande d'asile, a reçu la visite de l'AS du CPAS. Cette dernière, heurtée par un comportement de Najat à l'égard de sa fille Deborah (âgée de 3 ans) contacte le SAJ qui ouvre un dossier.

Peu de temps après, suite à un avis négatif du CGRA concernant leur demande d'asile, la famille a perdu son accès au logement en ILA et a dû se réinstaller dans le Centre d'accueil où elle se trouve actuellement. Il s'ensuit un amalgame entre le dossier du SAJ et la réponse négative du CGRA qui se traduit dans le discours du père par ces propos : « la police des enfants nous a fait perdre les papiers et sortir de la maison ». Cependant, les parents se plaignent du comportement agressif de Deborah à l'égard de son plus jeune frère Medhi. Ils ne savent plus comment exercer leur autorité parentale sans susciter le contrôle externe des travailleurs sociaux auxquels ils sont confrontés quotidiennement.

Après un contact avec l'AS chargée du dossier au SAJ, celle-ci relativise la suspicion de maltraitance.

Par contre, nous constatons que les conditions de vie au centre et les difficultés administratives de la famille semblent mettre à mal ses capacités adaptatives, induisant des effets négatifs, tant sur la dynamique familiale que sur la santé physique et mentale de chacun de ses membres.

J'expose au sein de l'équipe « Enfant » de notre SSM les difficultés sociales et familiales auxquelles sont confrontés les enfants. Nous mettons en place la prise en charge suivante : les deux plus grands, Kader et Deborah, qui suscitent davantage d'inquiétude, seront vus conjointement par un thérapeute « Enfant » et moi-même en présence des parents, puis ils seront évalués individuellement par ce thérapeute. Nous décidons de revoir conjointement la famille afin de leur expliquer comment nous comprenons leurs difficultés et ce que nous proposons pour les aider, à savoir un accompagnement scolaire pour Kader avec la logopède, ainsi que des contacts avec l'école afin de faciliter son insertion au sein de sa nouvelle classe. Pour Deborah, un espace individuel auprès de la thérapeute du développement est proposé.

Des rencontres régulières entre la famille, les thérapeutes « Enfant » impliqués ainsi que deux thérapeutes de « Santé en Exil » sont mises en place. Lors de ces entretiens, nous tentons de rendre la parole aux parents grâce à la présence de l'interprète en langue arabe, puis en kurmandji.

Ce cadre nouveau, pour la famille comme pour les thérapeutes, offre un espace de transition où les représentations des enfants, dont chacun est porteur, peuvent être mises en lien. Si cet espace a permis de mieux contenir l'angoisse des parents et d'appréhender la situation familiale de manière globale, il reste beaucoup de chemin à parcourir avant que nous puissions permettre à chacun de déposer l'histoire familiale, le parcours migratoire, et de faciliter un processus d'intégration des deux cultures.

Actuellement, les conditions ne sont pas remplies pour effectuer ce travail, le principal obstacle étant la précarité du statut de séjour, la famille ayant reçu un ordre de quitter le territoire, avec comme conséquence la suppression de l'aide sociale du CPAS. L'urgence pour cette famille de faire face aux démarches juridiques et administratives nécessite une fois de plus un réaménagement de notre cadre de travail pour nous centrer davantage sur l'accompagnement du couple, et surtout de la mère dont les symptômes post-traumatiques et anxiodépressifs connaissent une recrudescence.

Vignette clinique¹³⁶ de Santé en Exil

2.3. Les situations de trauma

De tous les évènements qui ont poussé des personnes à l'exil, certains ont un caractère plus pathogène encore, ce sont les situations de trauma. Sous le vocable « évènements traumatiques », nous retrouvons les attentats, les guerres, les viols, les massacres, la torture, les persécutions, les deuils multiples. Les situations traumatiques recouvrent également les catastrophes naturelles, les accidents de la route, les naufrages etc. Toutes ces situations ne présentent pas la même intensité de risque pour une personne, certaines variables augmentent la possibilité que le trauma devienne chronique : la durée, la répétition et l'intentionnalité. La dimension collective de certains traumas vécus dans un contexte de violence organisée, sous tendus par une cruauté extrême et répétée ainsi que le caractère inter-humain et intentionnel des actes en font des souffrances extrêmes et dramatiques, bien souvent accompagnées de nombreux deuils. Le trauma peut également devenir chronique en fonction « *de la personnalité de l'individu et de l'influence des facteurs environnementaux protecteurs et contraignants* ».

Le trauma peut se définir comme étant « *une expérience impossible à intégrer qui se répète encore et encore*¹³⁷ ». Les principales caractéristiques d'une telle expérience sont, pour l'individu, « *l'impression de quelque chose d'inhumain, de non partageable, et de ce fait de non crédible*¹³⁸ ». L'impression ressentie de quelque chose d'inhumain amène à une rupture avec tous les liens communautaires et culturels et, de ce fait, un sentiment d'être séparé du monde des vivants. L'individu traumatisé est en état de mort psychique, de radicale étrangeté à lui-même. Le caractère non partageable de l'évènement, et donc non crédible, rend difficile, pour l'individu, de trouver une oreille attentive. Il souffre silencieusement et est voué à la solitude. Cette incapacité à partager rend impossible l'oubli de l'évènement qui fait continuellement intrusion sous forme de flashbacks, de cauchemars. Cette répétition des évènements ne permet pas de prendre distance de ces souvenirs. Or, c'est le premier impératif pour aller vers un mieux-être.

Au regard de ces différentes caractéristiques du trauma, on comprend mieux en quoi « *le traumatisme crée une rupture profonde dans l'histoire des personnes* ». Il n'y a donc pas de retour en arrière possible. L'expérience traumatique est vue « *comme un processus de transformation qui comporte des*

¹³⁶ Vignette clinique : DRION M-C., KOLELA-KABANGU V., « La prise en charge des enfants primo-arrivants » in *Confluences*, n°21, décembre 2008, pp. 34-35.

¹³⁷ *L'Accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés : repères pour les professionnels de la santé mentale*. Namur, Institut Provincial d'Orientation et de Guidance – Clinique de l'Exil, 2010, p. 48

¹³⁸ MARULLA H. *et al.*, « Un improbable refuge. » les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d'asile, *Psychothérapies*, 2004/4, Vol. 24

effets à la fois positifs et négatifs, susceptibles d'évoluer dans le temps et qui sont influencés par le contexte social »¹³⁹.

Afin de se protéger de cet état de mort psychique auquel conduit le trauma, la personne va mettre en place des stratégies de défense, comme le refoulement, le clivage (le sujet se retire de lui-même, il se retire de son expérience subjective, se coupe de lui-même¹⁴⁰), l'automutilation de la part détruite du moi, ou encore la prise de distance consciente¹⁴¹.

Il est quasiment impossible pour les victimes de tortures ou de violence organisée de surmonter seul l'(les) évènement(s) traumatique(s). Il y a un réel besoin d'aide.

On ne guérit jamais complètement des séquelles d'une situation de trauma, cependant il est possible de « vivre avec », c'est-à-dire de trouver un « *nouveau sens à sa vie après avoir intégré le trauma dans son schéma de soi-même comme un évènement délimité mais passé*¹⁴² ». Pour arriver à cet objectif, la thérapie devra aider le patient à ce qu'il puisse prendre distance de son trauma.

Selon Van der Kolk, McFarlane et Weisaeth : « *le but général de la thérapie avec des patients traumatisés est de les aider à cesser d'être hantés par le passé et d'interpréter le surgissement des stimuli émotionnels qui en sont la conséquence comme un retour du trauma, pour être présents dans le « ici et maintenant », capables de répondre aux exigences courantes avec le maximum de leur potentiel le plus plein. Afin d'y parvenir, les gens ont besoin de récupérer le contrôle sur leurs réponses émotionnelles et de placer le trauma dans la perspective plus large de leur vie – comme un évènement (ou une série d'évènements) historique(s), qui sont arrivés dans un moment particulier et dans un lieu particulier et dont on peut s'attendre à ce qu'ils ne se reproduisent pas si les individus traumatisés prennent leur vie en charge. L'élément clé dans la psychothérapie de personnes présentant un PTSD¹⁴³ est l'intégration de l'étranger, de l'inacceptable, du terrifiant et de l'incompréhensible ; le trauma doit en venir à être « personnalisé » comme un aspect intégré de son histoire personnelle¹⁴⁴ ».*

Pour que le patient puisse intégrer l'évènement dans son histoire personnelle, le cadre thérapeutique doit répondre à quelques exigences. Avant d'aborder cette question, il est important de préciser que, chez les victimes de trauma, il n'y a rien à découvrir. En effet, comme déjà dit précédemment, l'évènement refait continuellement surface.

Tout d'abord la reconnaissance de l'évènement traumatique par le thérapeute marque la première étape. Cette reconnaissance rend l'élément partageable, il y a donc un retissage du lien à la communauté des semblables et la parole retrouve sa fiabilité. Bien évidemment, pour que l'objectif de la thérapie soit atteint, la reconnaissance doit se faire à tous les niveaux. L'obtention d'un statut de séjour est souvent le point de départ qui permet de travailler autour du trauma. Notons que, au niveau de la guérison, beaucoup restent en dehors de la sphère d'influence du thérapeute, que ce soit en bien ou en mal. Il est donc important qu'il prenne en compte le contexte et le rôle que jouent la famille et le réseau social. Il faut valoriser les ressources personnelles du patient.

¹³⁹ Projet du service de santé mentale « Clinique de l'Exil », décembre 2012, p. 42.

¹⁴⁰ *L'Accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés : repères pour les professionnels de la santé mentale*. Namur, Institut Provincial d'Orientation et de Guidance – Clinique de l'Exil, 2010, p. 49.

¹⁴¹ SCHYNDER U., « Psychothérapies pour les PTSD – une vue d'ensemble », *Psychothérapies*, 2005/1 Vol. 25, p. 45

¹⁴² Idem, p. 44.

¹⁴³ Posttraumatic stress disorder

¹⁴⁴ Cité par : SCHYNDER U., « Psychothérapies pour les PTSD – une vue d'ensemble », *Psychothérapies*, 2005/1 Vol. 25, p. 47

Au niveau des facteurs extérieurs négatifs qui peuvent porter préjudice à la guérison du patient, citons la longueur de la procédure, la négation de leur détresse, des conditions de vie difficiles, et la non-reconnaissance légale.

Pour que la parole retrouve sa fiabilité, le thérapeute doit créer de la confiance, et cela demande du temps. Une atmosphère de confiance doit pouvoir s'établir. Pour que la parole puisse émerger, le thérapeute doit être prêt à accueillir le récit en ayant une attitude empathique. Ces récits peuvent traumatiser le thérapeute à son tour, Ulrich Schynder parle ici de traumatisme secondaire. Pour éviter cela, « *le thérapeute doit trouver un équilibre entre sur-implication, sur-identification et fantasme de toute-puissance d'un côté et détournement, impuissance et désintérêt de l'autre*¹⁴⁵ ». Le travail en équipe et en réseau permet au professionnel de tenir. Il est également important que le thérapeute respecte ce qui ne peut être dit. Forcer la parole pourrait faire obstacle à la relation thérapeutique.

Le thérapeute doit également accepter que la relation qu'il va construire avec la personne étrangère ou d'origine étrangère qui a vécu un traumatisme, sera une relation asymétrique dans laquelle il incarnera la société d'accueil qui n'est – justement - pas toujours très accueillante. C'est cet état d'asymétrie qui participera aussi aux difficultés de trouver le bon équilibre.

Au niveau du travail thérapeutique en lui-même, il est conseillé de travailler autour du trauma plutôt que sur le trauma. Il est également suggéré, pour que le patient puisse intégrer l'évènement, de relier les symptômes à un vécu, mais également de prendre en compte le contexte exceptionnel qui a engendré les symptômes. En effet, « *rappelons qu'il ne faut pas considérer comme pathologique des réactions normales à une situation anormale*¹⁴⁶ ».

Terminons par le plus important, pour réduire tout risque d'une chronicisation des symptômes, il est important de soigner le trauma le plus rapidement possible. D'où l'importance d'un travail en réseau efficace qui permettrait d'identifier les personnes les plus vulnérables.

2.4. Les situations de deuil

*« Toute personne traumatisée se trouve parallèlement traversée par les douleurs du deuil : deuil des morts sur le champ de bataille, des disparus dans des fosses communes, d'un monde où l'habitat dans un même quartier ne faisait pas des voisins la cible l'un de l'autre. À ces pertes s'ajoutent celles que l'exil secrète : perte d'un monde et d'un sens partagé par les membres de la communauté d'origine ; perte de son réseau familial et social ; perte d'une langue commune avec l'épicier, le soignant et l' élu ; perte d'un statut, d'une place considérée, dans les mondes professionnel, familial et social*¹⁴⁷ »

Les personnes qui ont fui leur pays ont souvent fait l'expérience de pertes multiples. Il est donc important d'aider ces personnes à faire leur deuil afin que cette expérience puisse être créatrice. L'aide est bienvenue quand le processus de deuil est ajourné car celui-ci est « *dangereux pour la survie individuelle et collective*¹⁴⁸ ». En effet, « *lorsque l'homme et la femme sentent cette survie, seul bien qui*

¹⁴⁵ SCHYNDER U., « Psychothérapies pour les PTSD – une vue d'ensemble », *Psychothérapies*, 2005/1 Vol. 25, p. 40.

¹⁴⁶ Projet du service de santé mentale « Clinique de l'Exil », décembre 2012, p. 11

¹⁴⁷ METRAUX J-C., « Les maux de l'exil », in *Migrations magazine* <http://www.migrations-magazine.be/les-numeros/1-sans-papiers-le-bout-du-tunnel/item/160-les-maux-de-l-exil>

¹⁴⁸ *L'Accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés : repères pour les professionnels de la santé mentale*. Namur, Institut Provincial d'Orientation et de Guidance – Clinique de l'Exil, 2010, p. 55

leur reste, menacée à tout instant, ils tendent à dédier leur attention entière au présent, tentent de détecter toute menace dans les alentours pour assurer qu'eux-mêmes et leurs enfants soient encore irrigués d'un souffle de vie à la fin de la journée. Ils ne peuvent s'offrir le luxe, dans ces conditions, d'entreprendre l'élaboration de leurs multiples deuils. Car ils entreraient alors, un jour ou l'autre, dans leur phase dépressive : l'énergie leur ferait défaut pour maintenir leur état d'alerte et, sans ce couvre-feu, ils courraient gravement le risque de ruiner cette survie pour laquelle depuis un bon bout de temps ils se battent. La psyché a plus d'un tour dans son sac. Pour éviter de sombrer, elle met les deuils en attente, enferme ses cadavres dans un congélateur qu'elle n'ouvrira qu'au jour où survies physique et identitaire, de soi et des siens, seront garanties : deuils congelés. Il est probable qu'ils le restent jusqu'au jour improbable où un droit de séjour se glissera dans la boîte aux lettres ».

La problématique traumatique est toujours, dans le cas de la migration forcée, associée à une symptomatologie propre aux processus de deuil. De plus, nous pouvons observer que certains troubles spécifiques n'apparaissent qu'en lien avec des difficultés concernant le droit de séjour dans le pays d'accueil¹⁴⁹.

¹⁴⁹MARULLA H. *et al.*, « Un improbable refuge. » les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d'asile, *Psychothérapies*, 2004/4, Vol. 24, p. 217.

3. Les modes d'intervention

Cette section aborde les différents modes d'intervention utilisés par les équipes spécialisées dans l'accompagnement psychologique des personnes étrangères ou d'origine étrangère. Il est important de souligner que les différents modes d'interventions ne sont pas cloisonnés. Prenons l'exemple de l'intervention administrative. De fait, cette tâche est attribuée en grande partie au secrétariat, cependant la prise de rendez-vous avec l'interprète peut être le fait du psychologue. Ces deux réalités sont reprises ici dans l'intervention administrative.

Remarquons également que les différents modes intervention se font toujours en référence au cadre thérapeutique développé plus haut.

3.1. Le travail administratif

L'accueil physique et les permanences sont assurés par le secrétariat. Il peut être réalisé par un membre de l'équipe en cas de situation plus complexe, de problème avec la langue ou en l'absence de secrétaires.

L'intervention administrative est plus complexe que dans un SSM classique. En effet, le secrétariat s'occupe de :

- Prendre rendez-vous avec les interprètes (cela peut également être le travail de l'assistant social ou du thérapeute référent). Cette prise de rendez-vous peut s'avérer très complexe car il faut prendre en compte la langue parlée par l'utilisateur, les langues parlées par les interprètes, leurs disponibilités, les disponibilités des thérapeutes. Certains usagers voudront impérativement un interprète du même sexe qu'eux. Certaines ethnies parlent la même langue mais du fait de conflits dans leur pays d'origine, il est impossible de prendre un interprète de l'ethnie « ennemie ». Ces difficultés peuvent mettre à mal l'articulation des logiques thérapeutiques du SSM et administrative du service d'interprétariat.
- Facturer les prestations des thérapeutes mais également des interprètes auprès des multiples services payeurs, sur base de réquisitoires, pour chaque consultation. Il faut également s'assurer du suivi de ces facturations
- Gérer l'agenda, plus difficile du fait du travail avec les interprètes. L'agenda du thérapeute n'est pas toujours compatible avec celui de l'interprète disponible dans la langue voulue et vice et versa.
- Encoder les dossiers. Un double encodage est effectué, un pour la Région wallonne et un spécifique, à usage interne de manière à avoir une meilleure photographie de leur population.
- Accueillir les demandes et les situations. De nombreuses informations sont recueillies telles que la langue, la nationalité, la situation juridique et le besoin ou non d'un interprète.

Bien entendu, chaque service a développé des spécificités quant à la mise en œuvre de l'intervention administrative.

3.2. Les nouvelles demandes

Les nouvelles demandes arrivent soit directement dans les locaux du SSM, soit par téléphone (via le secrétariat) ou encore - le plus souvent - par l'intermédiaire de professionnels du secteur psychosocial (par exemple, les structures d'accueil). Généralement les premiers renseignements pris par la personne qui réceptionne la demande portent sur la langue parlée, la problématique et le degré d'urgence.

Les nouvelles demandes sont traitées de façon chronologique en réunion d'équipe. Après analyse, une répartition des différentes situations entre les intervenants sera effectuée. L'équipe détermine la prise en charge qui assurera la réponse la plus adaptée pour le demandeur. La réunion d'équipe permet une prise en charge globale sans que l'orientation du soin ne soit à la charge d'une seule personne. Une même situation peut être traitée par plusieurs membres de l'équipe bien qu'un thérapeute référent soit bien souvent désigné.

Pour faciliter la réponse à la demande, les initiatives spécifiques « Exil » ont, chacune, mis en place des procédures comme, par exemple :

- **Mise en place d'un formulaire**, préétabli par l'équipe, complété par l'envoyeur pour préciser la demande et transmis par fax. Cette formule est adoptée par une des initiatives spécifiques lorsqu'il s'agit d'envoyeurs réguliers. Ce formulaire est réceptionné par le secrétariat qui en fait la lecture lors de la réunion d'équipe.
- **Organisation de 2-3 entretiens téléphoniques avec l'utilisateur avant analyse de la demande**. Il s'agit, dans ce service, de prendre le temps d'écouter ce qui justifie la demande : Qui est cette personne qui a besoin de soutien ? D'où vient-elle ? Que lui est-il arrivé ? Quelle est sa situation en Belgique ? Quels services fréquente-t-elle ? Est-elle seule ? Quelle est sa langue maternelle ? Parle-t-elle d'autres langues ? Quelle est la demande précisément ? Qui est demandeur ? La personne elle-même, son conjoint, l'intervenant ? Quelles sont ses ressources financières ? Etc. Ce temps est nécessaire pour pouvoir se faire une première idée de la situation, de sa gravité, de l'urgence éventuelle, des réponses qui peuvent être envisagées, que ce soit au sein du service ou ailleurs.
- **Fiche d'identification complétée par le secrétariat et/ou un membre de l'équipe** à partir du contact avec l'envoyeur « *reprenant notamment les coordonnées de la personne et de l'envoyeur, le pays d'origine et la langue parlée, la nécessité de travailler avec interprète, ainsi que quelques renseignements sur la situation juridique et la problématique rencontrée par l'utilisateur* ».

Ce premier traitement de la demande permet également de mieux réorienter les personnes quand l'équipe juge que la situation pourrait être prise en charge par l'envoyeur ou par un autre intervenant du réseau. Cette pratique s'inscrit toujours dans la volonté de conscientiser le réseau à la clinique de la transculturalité.

3.3. L'entretien d'accueil

Chaque nouvelle situation au sein des services commence avec un entretien d'accueil. Cet entretien aura lieu, en fonction des équipes, soit avec un assistant social soit avec le thérapeute référent. Le thérapeute référent est désigné lors de la présentation de la nouvelle demande en réunion d'équipe. Ce sont ces derniers qui se chargeront de recontacter la personne ou le service envoyeur ainsi que, souvent, le service d'interprète si besoin pour fixer cet entretien d'accueil.

« L'entretien d'accueil permet, dans un premier temps, de créer un lien, d'offrir un cadre et un lieu de référence ». Le service est présenté aux bénéficiaires car ils ne savent pas toujours quelle est la fonction des différents intervenants et ce qu'ils font. Lors de ce premier entretien, l'intervenant cherche à mettre en place un contrat thérapeutique.

« Dans un deuxième temps, il s'agit d'offrir une écoute, de percevoir les attentes de la personne, de recentrer la personne, de lui rendre une place dans son contexte, avec ses difficultés. Il s'agit également d'entendre les demandes de la personne¹⁵⁰ ».

L'entretien d'accueil peut également avoir comme résultat de faire du service un point d'ancrage. Prenons l'exemple des MENA (Mineurs Etrangers Non Accompagnés) dont la demande émane plus souvent des adultes que d'eux-mêmes. Cela arrive fréquemment qu'ils se présentent au service sans entamer un suivi et qu'ils reviennent 2-3 ans plus tard avec une demande d'accompagnement.

3.4. L'intervention sociale

L'intervention sociale, au sein de ces équipes, est bien souvent portée autant par l'assistant social que par les thérapeutes. Le bien être psychique est en étroite relation avec la sécurité juridique. De plus, la reconstruction du bien-être passe par la reconstruction d'un environnement social et affectif. Quand l'insécurité, la précarité surgissent dans la vie du migrant, le travail sur le psychisme se trouve bien souvent mis entre parenthèses. A ce moment-là, le premier soin que peut apporter l'intervenant présent est d'essayer de débloquer la situation. L'usager est entièrement pris dans son angoisse, sa lutte pour sa survie immédiate. C'est dans de tels moments que l'intervenant, qu'il soit psychologue ou assistant social, se retrouve à appeler l'avocat, le CPAS, un médecin, ... au cours de sa consultation. Le travail thérapeutique effectué avec les migrants est d'ordre psycho-social.

En cohérence avec les spécificités du cadre thérapeutique présenté plus haut, un service précise que *« le travail social spécifique aux migrants se centre d'abord sur l'accueil et l'écoute de l'histoire passée, de l'histoire présente et de la souffrance. Ensuite, vient la demande de soutien, d'écoute, d'accompagnement, de reconnaissance de leur histoire et de leurs capacités ressources ».*

« Au niveau de l'accompagnement social proprement dit, il consiste à soutenir la personne dans ses multiples démarches pour trouver un logement, un cours de français, une formation, un médecin, un renseignement quelconque¹⁵¹ ».

¹⁵⁰ Projet de l'Initiative Spécifique Tabane du service de santé mentale Club André Baillon, p. 62.

¹⁵¹ Rapport d'activité de l'asbl Tabane pour l'année 2013

Plus spécifiquement, certains usagers sollicitent de l'aide pour la préparation de l'interview au CGRA (Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides, l'instance officielle amenée à reconnaître ou refuser le statut de réfugié). Il y a également des demandes d'usagers qui souhaitent travailler mais *« leur statut ou leurs souffrances ne le permettent pas. Le travail consiste alors à trouver des formations, activités, cours d'alphabétisation... afin de favoriser leur adaptation, leur socialisation, et leur bien-être. Il s'agit de mettre en lien avec d'autres services et ainsi favoriser la multiplication de réseaux de soutien autour de la personne¹⁵² »*.

Les intervenants reçoivent également en consultation des usagers qui sont déboutés de toutes procédures. Ces personnes se retrouvent dans la rue, sans ressources. *« Le travail consiste alors en l'orientation vers les services d'aides tels que les abris de nuit ou la croix rouge, les services qui distribuent les colis alimentaires. Cependant, ces services liés à la survie des personnes ne peuvent souvent offrir qu'une aide temporaire et toujours insuffisante. Il faut dès lors réfléchir avec la personne aux ressources qu'elle devra mobiliser en dehors du réseau des institutions¹⁵³ »*.

Ces usagers sont de plus en plus nombreux au sein des services et la difficulté, pour l'intervenant, de trouver des solutions durables peut être pesante.

Idéalement, les interventions des assistants sociaux se font sur rendez-vous mais il arrive bien souvent que des personnes viennent pour une consultation sans avoir pris rendez-vous ou qu'elle passe simplement pour dire bonjour lors de leur rendez-vous avec leur psychologue. Ces rencontres, nous dit un service, *« sont souvent l'occasion de donner des nouvelles d'un membre de la famille qui va moins bien, de recevoir un encouragement ou une information utile¹⁵⁴. »*

3.5. L'intervention psychologique et thérapeutique

Les trois services concernés mettent en œuvre le cadre thérapeutique et les références théoriques développées précédemment. Cela demande une grande flexibilité du cadre. D'une part, parce qu'il y a un décloisonnement des champs d'intervention, et d'autre part parce les problèmes d'agenda sont nombreux : un usager peut manquer un rendez-vous, l'interprète peut être dans l'incapacité de venir, ou encore une erreur dans la commande de l'interprète peut avoir lieu.

Les équipes « Exil » reçoivent les usagers en français lorsque ces derniers maîtrisent suffisamment la langue pour pouvoir effectuer un travail clinique de qualité. Il arrive également que le travailleur lui-même puisse recevoir le patient dans une autre langue que le français. Dès qu'aucune de ces solutions n'est possible, les équipes travaillent avec l'aide d'interprètes sociaux.

Les usagers de ces services ont souvent des passés très lourds, ce qui peut parfois être émotionnellement difficile à gérer pour le psychologue. Les entretiens durant lesquels sont évoqués des situations catastrophiques peuvent demander, pour l'intervenant, un temps de préparation mais également un temps pour en sortir. Cependant, il peut arriver que le psychologue enchaîne plusieurs consultations « lourdes » et ne dispose donc pas de ce temps nécessaire.

¹⁵² Idem

¹⁵³ Idem, p. 8.

¹⁵⁴ Rapport d'activité de l'asbl Tabane pour l'année 2013, p5.

Les séances peuvent durer plus longtemps que prévu, ce qui peut également empêcher les psychologues de « souffler » entre deux rendez-vous. En effet, il est difficile de dire « stop, on reprend ça à la séance suivante » quand le prochain rendez-vous est dans 6 semaines. De plus, les personnes viennent parfois de loin. Reprendre un rendez-vous avec l'interprète en fin de séance prend également du temps.

Au-delà de la difficulté d'écouter des récits de trauma, une certaine culpabilité peut émerger, liée au fait de ne pas pouvoir améliorer la situation juridique de la personne. Il arrive (de plus en plus souvent) que les usagers se retrouvent dans des situations de grande précarité où il n'y a plus guère de solutions possibles. Le fait de travailler en équipe mais aussi avec le réseau permet de tenir face à tant de souffrances.

Illustration : M et ses terreurs nocturnes

Le jeune M nous est adressé en consultation par l'équipe d'un Centre pour MENA, avec lequel notre service collabore régulièrement depuis longtemps. M est d'origine dindi du nord Bénin. Sa langue maternelle est proche du djerma du Niger. Il ne parle ni fon, ni yoruba, ni mina, langues les plus courantes au Bénin. Il est arrivé en Belgique depuis quelques mois. Il est scolarisé en classe passerelle et s'exprime un peu en français mais pas encore très bien. Originaire du nord, M est de confession musulmane.

A défaut d'avoir un interprète du SeTIS disponible dans sa langue, nous devons improviser et exceptionnellement, faisons appel, à titre bénévole, à une connaissance namuroise, béninoise d'origine, qui parle la langue de M, qui connaît bien sa culture, et surtout, qui connaît les pratiques de sorcellerie.

En effet, le motif de la consultation porte sur les « terreurs nocturnes » dont souffre le jeune homme, manifestation liées aux violences subies dans son pays et aux craintes en lien avec des pratiques traditionnelles (sorcellerie, vaudou) caractéristiques de la région du Bénin. Les pratiques de sorcellerie et d'envoutement, sur fond de croyances animistes, sont encore très ancrées dans la société béninoise aujourd'hui, à côté des pratiques religieuses, tout comme dans d'autres pays d'Afrique Subsaharienne et Centrale. On dit qu'au Bénin les gens sont catholiques le jour, et animistes la nuit.

Le jeune homme ne dort pas ou se réveille la nuit parce qu'il se sent « visité » par des forces qui prennent des formes humaines, qui veulent lui nuire et le tuer. Littéralement terrorisé par ces apparitions nocturnes, il est désespéré et ne sait que faire. M craint qu'il ne s'agisse d'influence maléfique à distance, dans le cadre de pratiques vaudou, dans la mesure où il a été témoin de magie noire pratiquée dans son village. Le fait d'avoir connaissance de secrets suite à une initiation, et de refuser ensuite de telles pratiques, entraîne, traditionnellement, une vengeance, voire la mort.

Orphelin quand il était en bas âge, le jeune homme a été recueilli par un couple qui l'a élevé. Sa mère adoptive est décédée lorsqu'il avait 6 ou 7 ans. Il a fréquenté l'école primaire jusqu'à plus ou moins 9 ans. Ensuite il n'a plus fréquenté que l'école coranique. Il a donc été peu scolarisé, et pas en français. Il a été élevé en milieu rural et travaillait aux champs dès son plus jeune âge, victime de travail forcé et de maltraitance physique dont il garde des cicatrices et une douleur articulaire au bras droit. Il craint d'être victime de magie noire s'il n'obéit pas à son père adoptif.

En entretien, l'expression est difficile à la fois en raison de la langue, du faible niveau d'alphabétisation et de l'émotion. On lit la crainte dans son regard. Grâce aux conseils et soutien de l'équipe et de son entourage, il se sent progressivement en sécurité. Nous ferons un entretien commun avec notre invité, le jeune homme et la psychologue de l'institution. Avec l'aide des conseils avisés de son compatriote, connaisseur du vaudou et lui-même doué de pouvoirs sorciers, M a pu mettre en place des rituels de protection traditionnels qui ont assez vite amené un apaisement, même s'il fait encore des cauchemars. Parfois il prend un médicament pour dormir.

Une pratique courante pour se protéger des « esprits » maléfiques, consiste par exemple à déposer un sachet de sel sous son oreiller la nuit, ou à placer un miroir dans la chambre car si, la nuit, un esprit voit son reflet dans un miroir, il ignore qu'il s'agit de son reflet et voit en face un autre esprit qui pourrait être plus fort que lui. Mais l'essentiel, le rituel prescrit, que M suivra à la lettre, est le suivant : « lorsque tu as reçu des visites la nuit et que ces forces te parlent, le matin au lever, tu ne parles à personne, tu ne regardes personne et tu vas vers la poubelle qui est dehors ; tu t'adresses au tas de détritus et tu dis à voix haute tout ce que tu as entendu ; tu dis tout ce que tu as vu et tu craches sur le tas d'ordures ; pour finir, tu quittes ce lieu, mais surtout sans te retourner, sinon il t'arrivera malheur ». Si quelqu'un de malveillant au pays cherche à lui nuire en jetant un sort, ou en mobilisant des forces surnaturelles, le jeune homme devrait normalement contacter un proche au pays à qui il demanderait de consulter à un prêtre vaudou, un guérisseur, un devin, ... afin de mobiliser des forces pour contrer le pouvoir nocif (faire appel à la magie blanche pour se protéger de la magie noire).

Sans abuser de la disponibilité de son compatriote, à la fois figure de frère aîné, de sage et de guérisseur, le jeune homme lui téléphone de temps en temps. Ils se sont également rencontrés une fois au foyer d'accueil et, par ses conseils, notre aidant naturel, apporte également un soutien aux éducateurs.

L'audition de M au CGRA a été bien préparée par son assistante sociale et sa tutrice. Nous avons rédigé un rapport qui atteste de ses symptômes, résultant de ce qu'il a vécu dans son pays.

Aujourd'hui, le jeune a eu la reconnaissance du statut de réfugié, sur base des craintes liées aux pratiques traditionnelles néfastes. Le jeune est bien intégré dans son groupe, investit sa scolarité et ne souffre plus de terreurs nocturnes.

Sans forcément partager une vision du monde de type animiste ou analogiste¹⁵⁵, on peut, dans l'abord de cette situation, émettre l'hypothèse que le fait d'avoir fait appel à un compatriote, possédant un savoir culturel commun avec le patient, en y associant l'équipe éducative, l'avocat, le CGRA, ... a contribué à créer un espace transitionnel, apaisant et sécurisant, et réparateur au sens « d'enveloppe psychique » à la fois interne et externe, telle que décrite par R. Kaës ou Anzieu là où, précisément, il y a rupture des étayages et transgression des codes sociaux avec pour conséquence une enveloppe symbolique et imaginaire « trouée ». La « prescription » a valeur de récit, dans la même « langue » que celle du patient, c'est à dire qui s'appuie sur des codes culturels communs, là où le récit fait défaut.

¹⁵⁵ Voir définitions d'Animisme, Totémisme, Analogisme, Naturalisme de Philippe Descola, anthropologue, <http://www.scienceshumaines.com/l-animisme-est-il-une-religion-entretien-avec-philippe->.

Cette vignette clinique illustre une manière d'adapter le cadre thérapeutique. En effet, dans la clinique, on a, ici, essayé de tenir compte de la culture et de la langue, mais cette vignette illustre également une manière qu'a le professionnel de la santé de s'appuyer sur les ressources que le réseau autour du patient et du professionnel offre. Il s'agit d'une sorte de « Bricolage » créatif. Soulignons qu'il ne s'agit ni d'improviser, ni de proposer un cadre identique une fois pour toutes et que le rôle du thérapeute est toujours d'être garant du cadre, sur base d'une confiance réciproque préalablement instaurée. Inviter ponctuellement une personne ressource s'inscrit dans un processus thérapeutique dans la continuité et le jeune homme poursuivra ses consultations après l'intervention de son compatriote. Sans confiance et triangulation, rien n'eût été possible.

Au-delà de cette intervention ponctuelle, ajoutons que nous avons également pu faire appel à cette personne ressource, bien précieuse pour notre équipe comme pour celle du Centre pour MENA de la région, dans le cadre du groupe d'intervision que notre service organise depuis plusieurs années, intitulé « Mosaïques », et dont une des réunions abordait, à travers des exemples concrets, la thématique "sorcellerie, possessions, pratiques animistes" en Afrique subsaharienne.

Vignette clinique de la Clinique de l'Exil

3.5.1. L'accompagnement thérapeutique avec l'aide d'un interprète

La présence d'un interprète lors des entretiens est très importante pour la Clinique de la transculturalité car c'est la condition première pour rendre le soin accessible. Le travail avec interprète fait partie du cadre de référence des équipes concernées.

La déontologie de l'interprétariat social s'appuie sur le principe de la restitution objective, intégrale et fidèle, la neutralité et l'impartialité. Cependant, pour les membres des trois équipes « Exil », l'interprète social a un rôle à jouer dans le travail thérapeutique, il n'est pas neutre. Selon eux, l'interprète peut servir la relation thérapeutique en tenant le rôle de passeur culturel afin d'éclairer le travailleur sur la culture, la géographie, l'histoire et l'actualité¹⁵⁶ du pays d'origine de l'usager. Il peut également rendre compte des représentations culturelles du patient et éviter ainsi certains malentendus. L'usager trouvera dans cette coprésence un fragment bienveillant et accueillant de la société d'accueil¹⁵⁷.

Du fait de la particularité du travail avec les migrants, où la neutralité - selon les équipes « Exil » - n'a sa place ni pour le thérapeute, ni pour l'interprète, les co-intervenants, s'ils suivent ce principe, devront nécessairement s'impliquer dans la relation et être « touchés » par le patient¹⁵⁸. Comme l'interprète est bien souvent issu du même pays d'origine que le patient et de ce fait peut trouver des similitudes entre son histoire et la sienne, il est dès lors très important de prévoir un temps où l'interprète peut échanger, avec le thérapeute et/ou l'équipe, et se délester de la charge émotionnelle accumulée. Cependant, dans les faits, il n'est pas toujours possible de dégager un temps d'échange. Heureusement, lorsque la collaboration entre l'interprète et le service existe depuis longtemps, les débriefings ne sont plus systématiquement nécessaires.

¹⁵⁶ Projet du service de santé mentale « Tabane », mars 2013.

¹⁵⁷ Idem

¹⁵⁸ Projet du service de santé mentale « Clinique de l'Exil », décembre 2012

Il arrive que des réunions avec le SeTIS soient organisées afin de sensibiliser les interprètes au travail d'interprétariat en santé mentale. L'implication de l'interprète dans la relation thérapeutique ne va pas de soi pour tout le monde. Certains interprètes préfèrent rester neutres, ce qui prive le psychologue d'informations utiles.

Pour l'usager, « *la présence d'un interprète lui permet de se raconter dans la complexité de sa propre langue*¹⁵⁹ ». « *Dans tous les cas où nous (les membres des équipes « Exils ») ne trouvons pas d'interprète et recevons la personne dans une langue qu'elle ne maîtrise pas, la communication est difficile parce qu'elle ne s'exprime pas dans sa langue maternelle* ».

Les consultations avec un interprète sont plus longues et demandent une adaptation de la part du psychologue mais également de l'usager. En effet, ce dernier devra adapter son débit de parole pour laisser le temps à l'interprète de restituer ce qu'il dit. Le thérapeute s'adapte à ce découpage de la parole.

Il est important de donner une place de professionnel aux interprètes ; par exemple en le faisant attendre la consultation dans la salle de repos du service plutôt que dans la salle d'attente, comme le suggère Santé en Exil.

Un des thérapeutes résume l'importance de la présence de l'interprète mais également la nécessité pour le thérapeute de rester flexible par ces mots : « *il arrive que l'usager ne vienne pas pour moi mais qu'il vienne pour l'interprète* ».

Bien qu'indispensable au travail thérapeutique, le recours à un interprète génère quelques difficultés d'ordre logistique. En effet, le rythme du suivi peut être dicté par l'agenda de l'interprète. Ces difficultés ont déjà été soulevées dans le chapitre relatif à l'intervention administrative.

3.5.2. Le groupe ethnopsychiatrique

Le dispositif ethnopsychiatrique est un outil thérapeutique utilisé par les tenants de la psychiatrie transculturelle et de l'ethnopsychiatrie.

Ce dispositif¹⁶⁰ a débuté en Wallonie sous l'impulsion du Dr Schurmans qui donnait des conférences sur l'ethnopsychiatrie et la pratiquait également au sein de Racines Aériennes. Cette pratique reste toujours la spécificité de Tabane, même si actuellement les consultations de ce type au sein de ce service sont moins nombreuses. Il arrive que les autres équipes « Exil » proposent ou participent à des consultations de type ethnopsychiatrique mais dans un cadre moins formalisé que celui proposé par le Dr. Schurmans. Le plus souvent, cette approche est proposée en complément d'une prise en charge individuelle classique.

La consultation se fait en groupe. Les consultants (une personne, un couple, une famille) peuvent se faire accompagner de ceux qu'ils veulent, amis ou alliés, intervenants extérieurs s'il y a lieu. Les thérapeutes ont tous une formation adéquate, provenant d'horizons divers, mais ils acceptent évidemment la méthode particulière à la consultation. Ils proviennent nécessairement de plusieurs « univers culturels », et témoignent, au sein du groupe, de leur expérience personnelle sans vouloir imposer leurs conceptions. Avant et après la séance, les thérapeutes se concertent, précisent leurs

¹⁵⁹ CLAESSENS M. : « L'Algérie au temps de la terreur : Mise en perspective de la clinique avec un patient algérien par une approche historique », Vignette clinique de Santé en Exil

¹⁶⁰ Plus d'infos dans : SCHURMANS D., « La consultation ethnopsychiatrique à l'asbl Tabane » in *Confluences*, n°21, décembre 2008, pp. 26-27.

objectifs et tirent leurs conclusions. Pendant la séance, un meneur de jeu organise les débats et donne la parole. Il est responsable de l'orientation thérapeutique. Un observateur prend des notes. L'usage libre de la langue maternelle des consultants est garanti par la présence d'un interprète.

Ce dispositif en groupe ne s'applique pas à tous les consultants. Il a ses indications et ses contre-indications. Il faut que les consultants s'y sentent à l'aise, plus qu'en face à face, ce qui sera souvent le cas s'ils proviennent de milieux sociaux qui privilégient la relation de groupe sur la relation duelle. Le but est de permettre l'expression et l'accueil de conceptions, croyances et représentations étrangères à la culture dominante, et d'intégrer ce matériel dans le travail thérapeutique. L'usage constant ou occasionnel de la langue maternelle des consultants, l'hétérogénéité culturelle des thérapeutes, favorisent cette expression et évitent la pression culturelle souvent involontaire que les consultants subissent dans les contextes habituels. (...)

(...) Le groupe thérapeutique se présente comme le lieu par excellence où parler de ces choses (conceptions de vie héritées de ses pères et qui sont pourtant si importantes, des modalités d'un mariage, les devoirs à l'égard des morts de la famille), le lieu où rien n'étonnera parce que chacun s'y présente avec sa propre part de traditions. Lorsqu'elles s'expriment, les croyances propres des consultants sont évidemment respectées ; mais elles deviennent aussi un matériau utilisable. (...) Le groupe ethnopsychiatrique sait que toutes les représentations sociales ont une signification, que l'on peut lire et décoder en termes universels. (...)

(...) La façon dont les consultants se situent par rapport à leurs croyances nous donne des informations précieuses, sur le plan clinique, mais surtout sur les plans psychodynamique et thérapeutique. Et notamment sur deux points : la construction de leur personnalité, dans l'enfance, par les relations familiales médiatisées par la culture d'origine ; et la trajectoire biographique, au cours de laquelle la personnalité se transforme tout en conservant ses lignes de force. Les processus d'acculturation peuvent fragiliser la personnalité en mettant en conflit deux conceptions différentes, voire opposées, du lien entre soi et autrui. La question est : où se situe le consultant dans ce conflit, et vers quelle solution se dirige-t-il ? (...)

(...) Le travail thérapeutique peut donc se définir comme une construction conjointe, faite en commun par les thérapeutes et par les consultants eux-mêmes, et visant à réaliser quelque chose qui aide. Cette chose, que j'ai parfois appelée objet thérapeutique, n'est pas un objet matériel mais un objet symbolique, précisément la réorganisation des relations des consultants avec leur entourage, physique et imaginaire.

Ces groupes permettent, d'un côté, une approche multidisciplinaire et multifocale de problèmes qui sont eux aussi essentiellement multifocaux (pointons l'aspect relationnel, social, culturel... que ces troubles possèdent toujours simultanément). Le groupe permet de travailler en même temps à plusieurs niveaux, ce qui est très difficile en consultation individuelle. D'un autre côté, ils permettent à notre équipe d'assurer la cohésion de ses membres, cohésion qui est aussi nécessaire dans le cadre des consultations individuelles. Ils ont permis de constituer un groupe soudé dont les membres se connaissent et tiennent compte les uns des autres¹⁶¹.

¹⁶¹ Projet du service de l'IS de santé mentale Tabane, p. 66

3.6. L'intervention médicale

Étant donné la nécessité d'une prise en charge globale du migrant, le psychiatre intervient rarement seul dans une situation mais vient en complément de l'intervention du psychologue. Il apporte un avis sur le fonctionnement psychique lors des réunions d'équipe. Le psychiatre peut prescrire des médicaments quand cela s'avère nécessaire.

Il est également parfois amené à rédiger des rapports dans le cadre d'une régularisation de séjour pour raison médicale. Cette situation est régulièrement débattue au sein des équipes. Ces rapports sont toutefois justifiés pour la très grande majorité des patients pour lesquels ils ont été rédigés. Ils sont généralement délivrés pour les patients qui ont déjà eu quelques rendez-vous avec des membres de l'équipe.

« Imaginons un demandeur d'asile atteint de l'hépatite, il veut survivre, il sait que dans son pays la médication n'est pas accessible, son médecin en Belgique insiste sur sa compliance au suivi, seule voie possible à sa survie. Le patient, une fois menacé de retour au pays, veut survivre, et pour le moment la survie implique le fait de rester en Belgique. Il fait une demande de régularisation médicale à son docteur, qui lui dit d'un air méfiant et désabusé : « ha, vous faites ça pour les papiers ». Au sein de notre équipe aussi, on se pose cette question de se sentir « utilisé » par les patients afin d'obtenir des attestations pouvant les aider dans leur démarche. Le risque étant alors de perdre ce lien de confiance, de se sentir utilisé par le patient, de se sentir trahi et de vouloir le rejeter et mettre à mal ainsi le suivi... Mais il faut garder à l'esprit que le patient ne fait que suivre le chemin de survie possible tracé par le système belge »¹⁶².

Certaines équipes ont déjà collaboré avec des médecins généralistes, ce qui était utile car beaucoup de patients viennent avec des plaintes somatiques. Le médecin peut également guider les patients dans l'offre de soins médicaux.

3.7. L'intervention communautaire

Comme déjà vu précédemment, les difficultés des usagers viennent autant de leur situation individuelle que de leur environnement. Les activités peuvent donc aussi les aider à trouver une place dans leur nouvel environnement matériel et social. Les objectifs principaux de l'intervention communautaire sont de recréer du lien social et de revaloriser l'individu et ses ressources. Ces objectifs sont en accord avec le concept de résilience. Ces activités collectives contribuent à protéger la santé psychologique des réfugiés, à créer des espaces de sécurité qui rétablissent la confiance brisée ainsi qu'à encourager les stratégies d'entraide. Ces activités peuvent également venir en soutien dans le travail de deuil et de reconstruction des usagers.

L'intervention communautaire est portée, dans ces services « Exil », soit par un psychologue, soit par un assistant social.

¹⁶² CLAESSENS M., « Réflexions autour de la rencontre interculturelle dans le « travail social » », Présentation dans le cadre de la conférence *Parcours d'exil et santé mentale* organisée par le CRIC, Gilly, 2014.

Ce type d'intervention peut prendre plusieurs formes et n'a pas toujours nécessairement lieu au sein du service de santé mentale. La mise en place de telles activités demande du temps et il n'est pas toujours possible pour les équipes de dégager des heures de travail pour ces activités. Certains services ont mis en place des partenariats avec d'autres structures.

Tous les services s'accordent sur l'importance de l'intervention communautaire dans l'offre de soin. En effet, nous l'avons vu précédemment, les migrants souffrent souvent de solitude et les exigences des procédures peuvent entamer l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes.

Ces ateliers viennent en complément des soins que les usagers peuvent recevoir en consultation individuelle. Ils peuvent venir à la rencontre de besoins qui ne peuvent être pris en compte dans la consultation individuelle. L'intervention communautaire peut prendre la forme de :

- Cours de français ou d'alphabétisation
- Cours, formations (par exemple des cours d'informatique)
- Ateliers collectifs ex :
 - Couture
 - Cuisine
 - Ateliers artistiques
- Temps de rencontre, de discussion, d'information et d'échanges
- Activités ponctuelles
- Incitation au bénévolat

Il est tout à fait possible que des patients qui ne sont plus suivis par un thérapeute continuent de participer aux activités et ateliers. Il est également possible pour des personnes qui ne sont pas suivies par un psychologue de participer aux activités. C'est même une richesse pour le groupe de bénéficier de personnes plus « légères ».

Plus spécifiquement, Santé en Exil a récemment mis en place un espace « mères-enfants ».

De nos observations, nous avons pensé à offrir aux mamans un espace où l'on peut parler de leur relation avec les enfants et de leur représentation culturelle en dehors du cadre thérapeutique individuel, tout en bénéficiant du cadre sécurisant plus large qu'offre notre service pour ces mamans.

Notre volonté était d'offrir d'autres techniques que celle des entretiens individuels c'est-à-dire de prendre le temps de parler et de vivre la relation mère-enfant dans un espace adapté.

Ce soutien à la parentalité passe par la création d'un lien « professionnel-parent » en vue de permettre une véritable réflexion métissée sur les pratiques éducatives possibles et renforcer ainsi les compétences présentes chez les mères.

Cet espace communautaire peut aussi permettre de créer des liens entre les mamans et potentiellement créer des réseaux de solidarité en dehors des espaces institutionnels.

L'équipe de Tabane a particulièrement développé l'intervention communautaire grâce aux différents subsides dont elle bénéficie. Pour ce SSM, le développement des activités collectives renforce le travail en équipe et permet d'échanger entre collègues sur les différentes manières de percevoir la personne dans un contexte différent. Cela leur permet également de se questionner sur la prise en charge. Prendre en compte les observations de chacun permet de travailler avec plus de cohérence¹⁶³.

En 2013, Tabane a organisé pas loin de 200 activités collectives : activités créatives, sportives, jardinage, contes, sorties culturelles, participation à des fêtes de quartier, à la manifestation contre le

¹⁶³ Rapport d'activité de l'asbl Tabane pour l'année 2013, p. 9.

centre fermé de Vottem, à la confection de vêtement pour le « défil'éco », réalisation d'une vidéo « toute la richesse du monde ».

De plus en plus confrontés à des familles en difficulté, Tabane a mis en place en 2013 des activités destinées à soutenir ou renforcer les liens familiaux, particulièrement mis à rude épreuve dans l'expérience de l'exil. Tabane a donc organisé toute une série de sorties familiales de découverte et de détente (Musée de la vie wallonne, charbonnage de Blégny, Monde sauvage d'Aywaille...). Ce programme a culminé par deux séjours résidentiels de trois jours qui ont eu lieu dans un gîte avec deux groupes d'une vingtaine de personnes. Ces séjours ont également permis à Tabane de diversifier davantage son public dans les communautés représentées¹⁶⁴.

D'une manière générale, l'augmentation des activités collectives a eu un impact positif, selon Tabane, sur la mixité du public et la rencontre entre les personnes des différentes communautés.

Illustration : Une fois n'est pas coutume

Lors des activités collectives, nous avons remarqué l'intérêt des échanges informels entre participants sur les coutumes selon les cultures. Nous avons alors mis en place un atelier spécifique pour permettre l'évocation et le partage des traditions des uns et des autres. Comment se salue-t-on ici et là-bas ? Quels rituels entourent la naissance, le mariage, le deuil ? Comment se déroulent les repas ? Comment se protège-t-on du mal, de la maladie? Etc.

Comme sous l'arbre des palabres, pendant quelques mois, nous avons pris le temps de raconter, d'écouter, de réagir, entre rires et pleurs parfois.

Certains se sont rappelés des légendes racontées autour du feu par un vieux sage du village, d'autres ont dû appeler au pays, solliciter le voisin pour traduire, fouiller au fond de la valise, et de sa mémoire. Chacun a apporté des objets, passant de mains en mains pour se rappeler, sentir, toucher, écouter, parfois chanter et même tester quelques pas de danses...

Et puis un jour, l'envie de mettre tout cela sur papier pour pouvoir le partager avec d'autres... Et une brochure a été publiée.

A travers ce projet, notre volonté n'était certainement pas d'effectuer une recherche anthropologique ou de faire du travail d'éducation permanente. Notre motivation était juste de prendre soin de personnes exilées et en grande souffrance pour les aider dans leur travail de reconstruction personnelle et sociale.

Ainsi, lors de la soirée de présentation de la brochure, en présence d'une soixantaine de personnes (usagers du service, partenaires, habitants du quartier...), nous avons été frappés par l'intervention spontanée et discrète d'une personne qui n'avait jamais pris la parole en grand groupe auparavant, suivie par ailleurs d'autres interventions similaires. Elle a simplement dit son nom et souhaité la bienvenue dans sa langue. Cet homme, qui vit en Belgique depuis 7 ans, a expliqué à son thérapeute que la participation à l'atelier a ranimé son intérêt envers les autres. Très renfermé, il s'est d'abord un peu ouvert avec les participants de l'atelier pour ensuite oser aborder les passants dans la rue et intervenir en

¹⁶⁴ Idem, p. 11.

grand groupe. Il prend maintenant conscience de la nécessité d'apprendre et de pratiquer le français afin de pouvoir communiquer.

Un autre participant a souligné en consultation l'apaisement que lui procuraient ces réunions en groupe. Entouré et contenu par la présence et par les paroles des autres autour de lui, c'est dans ces moments-là qu'il arrive à se sentir réellement en sécurité en Belgique. Pour d'autres encore, ces moments de partage permettent une valorisation de leur expérience et de leur connaissance des rites et des pratiques autour de moments importants de l'existence humaine. La participation aux ateliers contribue ainsi à l'actualisation du "trésor culturel" des participants et fournit un appui précieux pour pouvoir se sentir mieux dans un pays étranger.

Vignette clinique de l'asbl Tabane

3.8. Les actions de sensibilisation

Un des objectifs des services a toujours été de sensibiliser et de conscientiser le réseau afin que tout acteur amené à travailler avec des migrants puisse accueillir leurs demandes adéquatement. Ces interventions font partie du quotidien de ces services. Il n'est pas rare que les équipes « Exil » prennent un peu de temps en réunion d'équipe pour parler des différentes demandes d'intervention qui leur sont adressées. Ces interventions peuvent prendre différentes formes : intervention lors de colloques, conférences, organisation de journées d'étude, séminaires, participation à des temps d'échanges de pratique avec des professionnels issus de différents horizons, intervention dans des lieux de décision. Ces interventions ont toujours comme objectif de sensibiliser et d'informer les professionnels confrontés à la problématique du public des personnes étrangères ou d'origine étrangère.

Voici quelques exemples concrets d'interventions effectuées par les équipes « Exil » :

En 2008, la Clinique de l'Exil a réalisé un projet intitulé « Appui au secteur de la santé mentale et au réseau dans l'aide et le soin aux réfugiés en Province de Namur et Luxembourg ». Dans ce cadre, l'équipe a rédigé, discuté et édité un guide pratique destiné aux professionnels du secteur de la santé mentale : « L'Accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés, repères pour les professionnels de la santé mentale ¹⁶⁵ ».

Tabane a, de son côté, participé à différentes rencontres inter-institutions visant à améliorer la connaissance réciproque des spécificités de chacun et à installer une meilleure collaboration. C'est dans ce cadre-là que l'équipe a reçu plusieurs infirmiers du centre de Bierset.

Dans ce même ordre d'idée, Santé en Exil anime entre autre la plateforme « Santé mentale et migrants » qui regroupe des professionnels confrontés aux problèmes de la migration et dont les objectifs sont les suivants :

- Analyser de façon holistique des situations problématiques des demandeurs d'asile, migrants en souffrance mentale/psychique.
- Soutenir le travailleur dans la construction de pistes de solutions.

¹⁶⁵ Disponible gratuitement : http://www.iwsm.be/pdf_dir/cire.pdf

- Affiner le regard interculturel et transculturel des situations rencontrées.
- Rompre l'isolement des travailleurs.
- Renforcer le travail en réseau.
- Mieux connaître le cadre de travail propre à chaque institution.

Les équipes peuvent également venir en supervision d'une autre équipe en difficulté dans l'établissement d'un dispositif ou d'un diagnostic adéquat. « *L'objectif essentiel de nos interventions est alors de fournir un soutien à l'analyse de la situation en prenant en compte la présence des éléments culturels, mais sans s'y limiter. Durant ces supervisions, il s'agit avant tout d'aider l'intervenant à situer le patient et sa famille en tant qu'expert de leur propre culture et à réfléchir ensemble quelles seraient les questions à leur poser. Notre visée est portée sur soutenir l'expertise de l'intervenant lui-même et l'aider à faire appel à ses propres connaissances sans se sentir « bloqué » par la « culturalisation » excessive des difficultés de leur patient*¹⁶⁶. »

3.9. Le travail en équipe

Ce point concernant le travail en équipe recouvre les décisions ou les réflexions abordées en concertations pluridisciplinaires. Il sera d'abord abordé la gestion de la liste d'attente qui détermine ou non l'admission d'un nouvel usager. L'organisation de la prise en charge après acceptation d'une nouvelle demande sera examinée en deuxième point. Le troisième point concernera les éléments qui déterminent la fin d'une prise en charge au sein des trois services. Ce chapitre se clôturera par les spécificités et questionnements propres aux trois équipes « Exil ».

3.9.1. La gestion de la liste d'attente

L'établissement de critères de sélection des nouvelles demandes ainsi qu'une réorientation vers le réseau semblent être les principales stratégies pour pouvoir avoir une liste d'attente la moins longue possible. Cela permet également de dégager du temps pour les situations urgentes.

Spécificités :

- Soutien d'initiatives décentralisées
- Entretien téléphonique afin d'optimiser la réorientation

Comme déjà dit précédemment, la gestion de la liste d'attente est en étroite relation avec certaines interventions de sensibilisation et donc avec la volonté, pour les équipes, de conscientiser le réseau.

3.9.2. Organisation de la prise en charge

L'utilisateur bénéficie d'une prise en charge globale et adaptée à sa demande. Le recours à la gratuité est possible s'il se retrouve dans l'incapacité de payer. Le dispositif de soin mis en place en réunion d'équipe lors de la réception de la demande peut être renégocié tout au long de la prise en charge

¹⁶⁶ Rapport d'activités de l'asbl Tabane pour l'année 2013, p. 15.

thérapeutique. La réponse clinique apportée à la demande vise à promouvoir le développement des ressources (individuelles, sociales, familiales) de l'usager ainsi qu'une réduction de ses troubles.

Au niveau des modalités de prise en charge, l'usager pourra bénéficier, selon ses besoins, de :

- Entretiens thérapeutiques individuels
- Entretiens de couple
- Entretiens familiaux
- Entretiens ethnopsychiatriques
- Accompagnement social
- Co-thérapie
- Prise en charge communautaire

L'essentiel du travail thérapeutique se base sur les entretiens individuels. Cependant, ils peuvent à tout moment se coupler ou se substituer à d'autres modalités de prise en charge. Comme évoqué plus haut, les modalités sont en constante négociation. Négociations dans lesquelles l'usager à toute sa place. Ces différentes prises en charge peuvent avoir lieu en présence d'un interprète. Il est également possible, à la demande de l'usager, que les équipes convient certains membres significatifs de l'entourage de l'usager.

Lors de l'établissement du dispositif, l'équipe prendra en compte autant que faire se peut :

- Les représentations des troubles et leurs étiologies décelées chez le patient ;
- La convergence ou la divergence de représentations des troubles entre le patient et sa famille ;
- Les ressources (individuelles, sociales, familiales, professionnelles) disponibles ou potentiellement mobilisables ;
- Les relations intra-familiales y compris dans la famille élargie ;
- La situation sociale, juridique, administrative.

Les équipes n'ont pas toujours connaissances de ces différents éléments lors de l'établissement du dispositif de soin ; c'est aussi une des raisons pour lesquelles ce dispositif est en constante renégociation.

L'équipe prend également en compte certaines particularités des thérapeutes (psychologue ou assistant social) telles que :

- L'accessibilité de l'interprète pendant les jours de travail du thérapeute ;
- Les places disponibles et les possibilités de la prise en charge en équipe ou ailleurs ;
- La sensibilité individuelle, les langues maîtrisées, etc.

Les membres de l'équipe impliqués dans le traitement d'une demande sont parfois amenés à mobiliser le réseau. Par exemple : faire appel à un avocat, à un service spécialisé en droit des étrangers, etc. Ce travail en réseau est nécessaire pour tenir compte des différentes dimensions en jeu dans la problématique. Comme déjà dit plus haut, les membres de l'équipe prennent parfois un rôle d'intermédiaire. Intermédiaire entre deux cultures mais aussi entre deux institutions, etc. Cependant, cette mobilisation envers le patient peut être mise en débat.

La mobilisation du réseau peut également se traduire en une rencontre avec les intervenants d'autres institutions. *« Ces échanges permettent de mieux comprendre la nature des souffrances présentées par l'individu et par sa famille, mais aussi de partager les points de vue sur la situation, d'affiner les*

hypothèses autour de l'origine de ses difficultés et d'améliorer les prises en charge. » Ces échanges permettent également de sensibiliser le réseau à la pratique transculturelle.

3.9.3. La fin de la prise en charge

Comme dans tout Service de santé mentale, la fin du suivi est abordée avec l'utilisateur. Généralement il y a d'abord un espacement des séances pour ensuite clôturer le travail.

Pendant, dans les services des initiatives spécifiques « Exil », la fin de la prise en charge peut correspondre à un arrêt brutal. C'est une des caractéristiques du travail avec les migrants. Bien souvent, l'équipe ne sait pas si le patient est reparti dans son pays, ou si l'accès ou la continuité du suivi lui est rendu plus difficile suite à un changement de structure d'accueil ou à une décision négative qui a fait rentrer la personne dans l'illégalité.

Les suivis peuvent être très longs et les usagers peuvent connaître bon nombre de changements pendant ce temps (de statut juridique, de lieu de vie, etc.). Comme le dit un des services, il est donc très important « *d'offrir un suivi continu, indépendamment des changements de statut juridique de l'utilisateur qui souvent impliquent des ruptures. Nous devenons, d'une certaine manière des repères à long terme dans le parcours des usagers* ».

Illustration : Chantal

Chantal est belge. Elle dit avoir 20 ans, mais son âge enregistré en Belgique est de 18 ans. Elle vient nous voir, conseillée par une amie, ancienne patiente de notre service, qui l'a un peu prise en charge comme le ferait une grande sœur. Souffrant manifestement de carences affectives, sans repères clairs, Chantal se cherche dans la vie, y compris au niveau sentimental : « comme je n'ai pas eu de parents, je n'ai pas appris à me protéger des garçons, je suis trop naïve en amour ; les garçons profitent de moi ». D'intelligence normale, elle a essayé plusieurs orientations scolaires, sans aller jusqu'au bout du secondaire car, vu son parcours familial et scolaire, elle a des lacunes dans les apprentissages de base.

Née en Afrique Centrale, elle a essentiellement été élevée par sa grand-mère paternelle, qu'elle considère comme sa mère, mais elle apprendra que bébé, elle a été confiée à gauche et à droite, chez des tantes. Pour une raison qu'elle-même ignore, elle n'a pas été élevée par sa mère ; elle ne l'a vue pour la première fois que lorsqu'elle avait 17 ans lors de son premier retour en vacances dans son pays d'origine. Chantal considère son oncle paternel comme son père. Son père biologique, lui a-t-on dit, aurait été tué dans des combats menés pour libérer son pays, mais un silence autour de sa mort règne dans sa famille. En tout cas, elle n'a pas connu son père biologique. Alors qu'elle avait une dizaine d'années, son oncle l'a envoyée dans une famille d'accueil africaine en Belgique. Cela s'est mal passé, et la jeune fille s'est retrouvée en foyer pour Mineur Etrangers non accompagnés (Mena) où elle va vivre plusieurs années jusqu'à sa majorité. Une fois son séjour régularisé, Chantal est devenue belge par naturalisation.

L'adolescence est une période normale de perte de repères, de transformation du corps, mais, en raison d'un accident de l'histoire collective et familiale et à cause d'un non-dit sur cette histoire, cette métamorphose peut parfois prendre une tournure délirante chez

l'adolescent, sans qu'il y ait psychose. Le processus de construction identitaire normal à l'adolescence, peut prendre une allure psychotique, lorsque les appartenances ne sont pas claires et les fondements identitaires fragiles.

Nous avons en effet tenté d'aider plusieurs jeunes adultes ou ados d'origine Africaine qui sont arrivés très jeunes en Belgique et chez lesquels il y a un problème, d'abandon, de transmission et d'appartenance. La situation de ces jeunes, qui le plus souvent ont obtenu le droit de séjour après un accueil en centre MENA ou qui sont arrivés en famille d'accueil, est caractérisée par un manque ou défaut de connaissance de leur propre histoire familiale: silences, secrets, ignorance, rupture identitaire ou fragilité des fondements identitaires. Nous constatons que parfois ces jeunes dont l'histoire, -on va dire- est trouée, présentent soudain une décompensation de type psychotique, plusieurs années après leur arrivée ou peu après que leur situation de séjour soit stabilisée.

Avec ces jeunes se pose la question de savoir comment se construire avec la double appartenance, malgré le trauma des parents ou du jeune ; malgré un parcours chaotique, l'abandon, le non-dit ; c'est à dire à quelles conditions le jeune qui grandit peut être protégé de la souffrance individuelle, familiale et collective ou des conséquences des failles dans le sentiment de sécurité de base ? Pourquoi certains s'en sortent mieux que d'autres finalement ? Cette thématique a été traitée en groupe lors d'une des réunions du groupe d'intervision « Mosaïques » que notre service organise depuis 12 ans.

Dans le cas de Chantal, on constate qu'elle s'en sort finalement très bien. Elle viendra nous voir spontanément quelque fois pour 2 ou 3 séances par an sur une période de trois ans. Lors d'un voyage professionnel que j'avais effectué dans son pays d'origine, elle m'avait demandé de rencontrer son oncle, afin que celui-ci me remette pour elle un document administratif. Chantal fera plusieurs séjours d'un mois dans son pays où elle est restée en contact avec quelques membres de sa famille. Elle apprendra que sa grand-mère est morte, sans qu'elle ait pu lui dire au revoir.

Dans ce cas, contrairement à d'autres, il n'y a pas eu rupture complète. Chantal a cherché à connaître sa mère biologique. Chantal cherche elle-même à reconstruire son histoire, à comprendre, par exemple à connaître son âge réel ou à savoir si, bébé, elle a été baptisée ou non. Chantal est très croyante : « Si je suis encore là (en vie), c'est un signe ; Dieu m'accompagne », nous dit-elle lors de notre première rencontre.

Lors de ce qui s'annonce comme une dernière séance, Chantal vient nous dire merci et au revoir ; elle a décidé d'émigrer au Canada, où elle vient de faire un voyage d'un mois. Elle y a rejoint sa meilleure amie, avec qui elle a grandi en Belgique dans le Centre MENA et qui, elle, a rejoint sa famille au Canada. Chantal se sent bien dans cette famille et elle pourra y vivre ; surtout, elle a exploré la possibilité d'y étudier et elle a décidé, avec une détermination impressionnante, de terminer ses études secondaires, ratées jusqu'alors. Chantal vient nous dire qu'elle a exploré son passé dans son pays ; elle ne sait pas où sont ses racines ; elle est triste, mais a décidé de pardonner à sa mère de l'avoir abandonnée ; elle a décidé de tourner une page ; les psys disent qu'elle a fait son deuil.

Elle sent qu'elle peut y arriver. En Belgique, Chantal se sent flotter, entre deux eaux, sans ancrage. Au Canada elle a trouvé une « famille », famille éclatée, réunie ; elle a vu de ses yeux comment des jeunes femmes, comme elle, au passé fait de ruptures, peuvent s'en sortir et réussir.

Dans ce qui apparaît après-coup comme un voyage initiatique, pour la première fois de sa vie, hormis les rencontres avec un psychologue de la Clinique de l'Exil, elle a rencontré des gens qui croient en elle, sans la juger, qui l'encouragent : « Pour la première fois je me suis sentie exister ».

Vignette clinique de la Clinique de l'Exil

3.10. La fonction de coordination

Deux équipes ont mis en place une fonction de coordination. Cette fonction est différente d'une fonction de liaison ou de référent. Le travail de coordination n'est pas de rencontrer les usagers mais de veiller au bon fonctionnement de l'ensemble du dispositif. L'utilisateur, étant souvent dans une problématique complexe, bénéficie d'un traitement multifocal ; il est donc important que les membres de l'équipe ne fassent pas double emploi lors du traitement d'une situation. L'équipe doit également rester cohérente dans l'offre de soin qu'elle propose. En plus de ce rôle, le coordinateur sensibilise et conscientise le réseau. Il recherche également des subsides. Le FER par exemple, doit être renouvelé chaque année. Il peut également être chargé d'investiguer des pistes de stabilisation et de développement du dispositif en place.

3.11. En guise de conclusion : spécificités et questionnements

Face à des personnes en deuil, à des personnes situées au cœur de plus en plus de complexité, des situations de trauma, ou encore des personnes en situation de grande précarité, l'intervenant sera amené à sortir du cadre thérapeutique classique en SSM. Ces interventions sont nécessaires et reposent sur l'approche multifocale de la santé mentale à laquelle les équipes « Exil » se réfèrent.

Ces interventions concernent tout autant l'appel aux avocats que l'accompagnement d'un patient au cimetière. Ces interventions qui nécessitent de la part de l'équipe une mobilisation plus importante, posent la question de savoir jusqu'où intervenir. Il arrive que la personne soit recontactée si elle ne s'est pas présentée au rendez-vous comme convenu. Ou, pour prévenir des oublis de rdv, certains thérapeutes appellent même leur patient la veille pour leur rappeler l'heure et le jour convenu. Non seulement la personne se sent attendue mais en plus cela évite des problèmes administratifs comme de prévoir un nouveau rendez-vous avec l'interprète ou de devoir prévenir le service envoyeur que la personne ne s'est pas présentée. Autre exemple : il arrive que l'équipe soit sollicitée pour participer à des rencontres entre un usager et d'autres intervenants. Il s'agit d'interventions à l'extérieur du service de santé mentale. Pour être certain qu'un interprète soit présent, il est fréquent que ce soit les initiatives spécifiques « Exil » qui réservent et payent la prestation de l'interprète.

Une des équipes mène actuellement une réflexion concernant l'accompagnement des jeunes, un public en augmentation dans ces services. L'équipe constate que le travail thérapeutique avec les

jeunes exige une fréquence plus importante des consultations en vue d'assurer la continuité et l'efficacité de la prise en charge. Or la fréquence idéale (une fois par semaine) n'est pas toujours possible soit à cause des disponibilités du service ou des difficultés que la famille éprouve pour emmener le jeune en consultation aussi fréquemment. D'autres manières d'être présents et disponibles ont été mises en place comme des appels téléphoniques et des sms échangés avec le jeune ; ce qui soulève à nouveau une réflexion sur les limites et les disponibilités des intervenants.

Il est très important pour les équipes « Exil » de bien connaître le parcours juridique des usagers et leur situation actuelle. Au-delà de l'aspect administratif de savoir qui est le service payeur, connaître la situation juridique peut permettre aux intervenants de mieux appréhender les souffrances et les difficultés vécues par l'utilisateur. Comme déjà dit précédemment, un changement de statut a un impact sur le travail clinique. Les intervenants peuvent également être eux-mêmes à l'initiative d'une reconnaissance de statut. La révélation d'un viol par exemple, parfois après plusieurs années de suivi, peut déclencher la réouverture d'un dossier pour la reconnaissance d'un statut. Cet investissement de l'intervenant dans le processus juridique participe à la prise en charge et est particulièrement le bienvenu dans le cas de trauma. Il est donc important pour toutes personnes travaillant avec les personnes étrangères ou d'origine étrangère de bien connaître les conséquences d'un changement de statut mais également les éléments qui permettent la ré-ouverture d'un dossier.

En conclusion, l'accompagnement proposé par ces équipes, pour reprendre les mots de Jean Furtos, est un accompagnement transversal, c'est-à-dire que le travail clinique appartient à tout le monde. L'équipe seule ne peut permettre à ses usagers de donner un sens à leurs histoires, à se reconstruire une enveloppe symbolique. L'entourage, les proches, les avocats, etc., tous participeront au bien être psychique de l'utilisateur. Ce qui demande à ces équipes d'accepter une vision « métissée » de leur métier, c'est-à-dire de mettre ensemble des altérités, des hétérogénéités ; où la pureté des professions devient secondaire.

4. Conclusion

Ce travail a pour objectif de rendre compte, via une meilleure connaissance de leur public cible, de leur cadre théorique et de leur pratique clinique, de la réponse apportée par les initiatives spécifiques « Exil » à la problématique de l'accès au soin pour les personnes étrangères ou d'origine étrangère.

A la suite de ce travail, nous pouvons nous rendre compte que la question de l'accessibilité interroge bien plus que l'aménagement du cadre.

L'histoire de la création de ces équipes nous indique qu'au départ, peu de services de santé mentale et plus généralement de l'ensemble du réseau psycho-social, faisaient appel à un interprète lors de leur consultation avec une personne ne maîtrisant pas la langue. De plus, ils étaient peu nombreux à avoir un bagage suffisant pour travailler avec des victimes de guerre, de torture ou de violence systématique et organisée.

Les initiatives spécifiques « Exil » ont été créées pour rencontrer ces spécificités. L'exil, caractérisé par la rupture des étayages, est souvent accompagné de deuils, d'autant plus s'il a été forcé. L'expérience de la migration, plus particulièrement pour les ressortissants des pays tiers¹⁶⁷, peut être traversée par une série de difficultés (exposition à un évènement traumatique, au comportement abusif de passeurs, au non-accueil en Belgique, à l'acculturation...). Certains traumas, de par leur caractère inhumain, vont au-delà d'un syndrome de « stress post-traumatique ». Une accumulation de ces facteurs de stress peut conduire la personne immigrée à un état de souffrance psychique. Cette souffrance et ses manifestations sont bien souvent des réactions normales à un évènement anormal.

Compte tenu du contexte dans lequel les services ont été initialement reconnus par la Région wallonne, ils s'adressaient au départ prioritairement aux populations réfugiées victimes de tortures et de violence organisée. Les équipes, ayant pour la plupart pris racine avant cette reconnaissance, ont toujours inclus dans leur pratique la dimension culturelle et les impacts possibles du « choc des cultures » vécu par le migrant. L'ancêtre de Tabane, Racines Aériennes, a d'ailleurs construit sa clinique autour de l'ethnopsychiatrie. Le public-cible des initiatives spécifiques a progressivement été redéfini par la Région wallonne comme l'ensemble des personnes étrangères ou d'origine étrangère et élargi à l'ensemble des situations que ces termes recouvrent. Le profil de leurs usagers a également changé au fil de l'évolution des politiques migratoires, de séjour et d'accueil, des conflits dans le monde, de la mondialisation, ... et de la diversification des services envoyeurs.

Parmi les nouvelles demandes, la première catégorie reste toujours celle des demandeurs d'asile. Par contre, les personnes suivies depuis longtemps sont moins souvent (restées) en demande d'asile et se retrouvent dans des statuts plus précaires. Leur situation sociale, économique et juridique est aujourd'hui de plus en plus difficile et témoigne, du moins en partie, des changements opérés par la Belgique au niveau de ses principes de solidarité, avec comme conséquence un changement dans la représentation sociale du réfugié, plus souvent perçu négativement.

Les difficultés et les souffrances rencontrées par ces usagers des services des initiatives spécifiques « Exil » sont des difficultés transversales, elles concernent tout autant leur condition de logement, leur statut juridique, leur accès à l'emploi, les modalités d'accueil et de séjour.... Bien que de nombreux

¹⁶⁷ Ressortissants des pays hors Union européenne

usagers présentent encore souvent les signes d'un vécu traumatique, leur situation précaire empêche tout travail autour du trauma.

On retrouve aussi des personnes étrangères ou d'origine étrangère, parfois installées depuis longtemps en Wallonie, pour lesquelles les questions culturelles restent au centre de la souffrance psychique. On note aujourd'hui qu'il y a de plus en plus d'adolescents se rendent aux consultations ainsi que des familles en souffrance témoignant de difficultés, conflits liés aux représentations culturelles, à l'acculturation, à la multiplicité des appartenances culturelles, à la préparation au retour, etc.

Ces souffrances transversales demandent une réponse transversale et multimodale. L'ensemble des acteurs en présence participe au travail clinique. L'équipe seule ne peut permettre à ses usagers de donner un sens à leur histoire, à se reconstruire une enveloppe symbolique. L'enjeu de la migration, c'est le métissage identitaire, culturel, professionnel... Métissage de celui qui vient d'ailleurs, mais également métissage de celui qui accepte la rencontre.

Du côté des pratiques, les initiatives spécifiques « Exil » ont mis en place différentes modalités pour faciliter, selon les besoins, l'accès aux soins :

- Le travail avec interprète ;
- Le travail communautaire ;
- La possibilité de gratuité ;
- Le travail en réseau multidisciplinaire et interinstitutionnel dans un décloisonnement des champs d'intervention ;
- Des actions pour sensibiliser et conscientiser le réseau ;
- La reconnaissance par l'intervenant des souffrances vécues ;
- La prise en compte de la situation passée ou actuelle du pays d'origine ;
- La prise en compte du contexte socio-juridique ;
- Le travail autour du trauma ;
- etc.

Concrètement, favoriser un espace résilient au quotidien se traduit, pour ces équipes, par :

- Un point d'ancrage possible pour la personne dès l'entretien d'accueil ;
- La fréquence des interventions qui sortent d'un cadre thérapeutique classique : coup de fil à un avocat en présence de l'usager, visite au cimetière, ... ;
- Un travail social spécifique comme : préparer l'interview au CGRA ou orienter les déboutés vers des services qui pourront offrir une aide temporaire ;
- L'intégration, par l'intervenant, « des logiques du patient même si elles lui semblent étrangères », dans son espace thérapeutique ; ce qui lui demande de la flexibilité ;
- Une modification de la temporalité de l'entretien via la présence d'un interprète. Les acteurs en présence devront adapter leur rythme de parole en séquences traduisibles ;
- La présence de co-intervenants dans l'espace thérapeutique, par exemple : l'interprète, une personne connaissant les pratiques de sorcellerie, la mise en place d'un dispositif ethnopsychiatrique, ... ;
- La rédaction de rapports, par le psychiatre, dans le cadre d'une demande de régularisation pour raison médicale ;
- Une intervention communautaire aux formes multiples : cours d'alphabétisation, de cuisine, etc., avec comme objectifs de valoriser l'individu, ses ressources et de créer du lien ;

- La mise en place d'actions de sensibilisation qui permettent d'augmenter le réseau d'aide de la personne étrangère ou d'origine étrangère.

L'ensemble de ces interventions participent au soin apporté à l'utilisateur et demandent un travail administratif complexe. Le changement de profil des usagers, que ce soit au niveau de leur statut, des problématiques évoquées, de leur situation sociale ou économique, amène de nouvelles questions aux équipes et modifie leurs pratiques.

Le travail des équipes « Exil » est tributaire d'autres services, les plus importants étant le SeTIS pour l'interprétariat et Fedasil comme service envoyeur. Ces services sont eux-mêmes tributaires des changements de politiques migratoires, d'accueil et de séjour. Toutes ces évolutions et leurs conséquences ont un impact sur l'accès au soin :

- Précarité des subsides pour les services d'accompagnement psycho-social avec la suppression du FER au profit du « Fonds asile, migration et intégration » ;
- Limitation des subsides octroyés au SeTIS, le service d'interprétariat, alors que le travail avec interprètes est, selon les équipes « Exil », la condition première pour rendre le soin accessible ;
- Limite de l'Aide Médicale Urgente qui ne couvre pas les soins psycho-sociaux ;
- Limite des prestations remboursées par Fedasil ;
- Décision quant au remboursement des soins thérapeutiques ou d'interprétariats laissés aux CPAS ;
- etc.

D'une manière plus générale, la culture, la langue, l'expression de la souffrance et parfois l'intensité du vécu traumatique de ce public peuvent entraver l'accès aux soins, tant ils peuvent être difficiles à vivre pour l'intervenant qui se sent démuné et renvoie le patient vers d'autres institutions ;

Afin de réduire les barrières de l'accès au soin, les équipes « Exil » soulignent l'intérêt de mieux cerner les besoins de la population, au travers des dires des personnes concernées elles-mêmes. Est-ce que l'offre rencontre bien leur besoins actuels ? Quelles sont leurs ressources ? Quelles sont leurs attentes¹⁶⁸. Il apparaît que peu de recherches ont déjà été menées dans ce sens et le travail pourrait se prolonger dans cette voie.

Cette perspective prend place dans la demande faite aux services de santé mentale d'évaluer leur mission. Pour les équipes « Exil », évaluer leur action par rapport aux besoins psycho-sociaux de leur population, suppose de :

- Connaître le point de vue des primo-arrivants et des demandeurs d'asile eux-mêmes sur leurs problèmes psychosociaux prioritaires ;
- Connaître le point de vue des migrants sur l'accessibilité culturelle des services de soins en santé mentale ;
- Etablir une cartographie du réseau d'aide en santé mentale ;

Cette évaluation permettrait aux initiatives spécifiques « Exil » de situer leur pratique par rapport aux besoins évoqués par les migrants et par rapport à la perception qu'ont ces derniers de l'accessibilité des services de santé mentale. L'objectif étant, pour les initiatives spécifiques « Exil » d'ajuster au mieux leur cadre thérapeutique afin de réduire toujours davantage les barrières de l'accès aux soins

¹⁶⁸ Voir en annexe (6.6.) la recherche de la Clinique de l'exil au sujet de l'organisation des soins en santé mentale pour réfugiés et demandeurs d'asile en provinces de Namur et Luxembourg.

et de proposer une prise en charge adéquate. Chacun de ces points de l'évaluation demandent une méthodologie et des références théoriques bien spécifiques.

Le travail des équipes « Exil » questionne la clinique et oblige le praticien à reconsidérer sa position. Il interroge le regard qu'a le professionnel sur l'étranger et à travers lui, l'ensemble de la société à laquelle il appartient.

5. Recommandations

Les participants à la conférence européenne de haut niveau « Ensemble pour la santé mentale et le bien-être » reconnaissent que la santé mentale est un droit l'homme¹⁶⁹. Les facteurs favorisant la santé mentale sont multiples. Pour les personnes étrangères et d'origine étrangère, citons plus particulièrement : l'accès aux soins certes, mais aussi l'accès à un logement décent, la possibilité de suivre des formations, l'apprentissage de la langue, l'accès à un emploi en lien avec le diplôme, la possibilité de créer des liens, le sentiment de sécurité, la reconnaissance de la culture, etc. Les difficultés rencontrées par le public migrant sont tout autant d'ordre individuel que social et, dans certains cas, elles s'accompagnent d'une réelle souffrance psychique et une prise en charge thérapeutique peut s'avérer nécessaire. Les équipes « Exil » ont mis en place une méthode de travail qui favorise l'accessibilité aux soins de santé mentale.

Pour rappel, le public cible des initiatives « Exil » recouvre l'ensemble des personnes étrangères ou d'origine étrangère. De nombreux statuts et concepts en lien avec leur motif migratoire sont rattachés à cette population : réfugié, primo-arrivant, débouté, etc. Chaque statut est accompagné d'un régime juridique spécifique. Ces statuts changent au fil du temps ; par exemple, un demandeur d'asile, une fois son statut de réfugié reconnu rentre dans la catégorie des primo-arrivants. Cette catégorie recouvre également les étudiants, les migrants arrivés par regroupement familial, les travailleurs et les migrants dont le séjour temporaire a été régularisé. Les demandeurs d'asile ne représentent qu'une catégorie de migrants parmi d'autres mais sont forts représentés dans les services au vu de leurs motifs migratoires, facteurs de vulnérabilité, et compte tenu de la collaboration des services de Fedasil avec les initiatives spécifiques. Certains demandeurs d'asile souffrent de graves traumatismes, de deuils douloureux, ... et certaines de nos recommandations portent spécifiquement sur les demandeurs d'asile.

A la suite du présent état des lieux, nous proposons une série de recommandations qui visent à soutenir la santé mentale de toutes ces personnes étrangères ou d'origine étrangère. Ces recommandations s'adressent tout autant aux professionnels confrontés à ce public, quel que soit leur cadre - généraliste ou spécialisé – d'intervention, qu'aux autorités en charge de ces matières et à la société toute entière, c'est-à-dire à chacun d'entre nous en tant que personne.

1. Soigner la qualité de l'accueil dans les premiers temps du séjour :

Les conditions d'accueil sont déterminantes au niveau du rôle qu'elles peuvent prendre dans la prévention de la souffrance psychologique et dans le maintien du bien-être mental. Il s'agira en particulier de :

- Favoriser, via une aide pratique, l'accès au logement, aux cours de français, aux formations qualifiantes et à l'emploi, et faciliter ainsi l'intégration des primo-arrivants¹⁷⁰ pour leur permettre de s'installer et de redémarrer dans la vie le plus rapidement possible après leur arrivée en Belgique. Il s'agit des priorités absolues pour la préservation d'une « bonne santé

¹⁶⁹ *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être*, conférence de haut-niveau de l'UE « ensemble pour la santé mentale et le bien-être », p 2.

¹⁷⁰ « Les personnes étrangères qui séjournent en Belgique **depuis moins de 3 ans** et qui disposent d'un titre de séjour **de plus de 3 mois**, à l'exception des citoyens d'un Etat membre de l'Union européenne, de l'espace économique européen et de la Suisse, et des membres de leurs familles.»

Cette définition inclut : les migrants arrivés par regroupement familial, les travailleurs, les étudiants, les réfugiés reconnus et les personnes dont le séjour temporaire a été « régularisé »

mentale » et une intégration réussie. A cette fin, il est important d'encourager les processus d'entraide, via les professionnels, les associations de migrants, les approches communautaires, les services d'éducation permanente, en particulier auprès des femmes et des mères seules avec enfants¹⁷¹ et de mobiliser ainsi le réseau primaire. Ces groupes d'entraide permettent également de valoriser les compétences.

- Poursuivre la collaboration et le dialogue entre les initiatives spécifiques « Exil » et les secteurs sociaux (CPAS), médicaux, d'insertion socio-professionnelle, scolaire, judiciaire, ... afin de les sensibiliser à la clinique culturelle et du trauma et ce, avec comme objectif de faciliter l'intégration dès l'installation dans la commune.

Plus particulièrement pour les demandeurs d'asile, il s'agira de :

- Poursuivre la collaboration et le dialogue entre les initiatives spécifiques « Exil » et le secteur de l'accueil (Fedasil, Croix Rouge, ILA des CPAS) afin de sensibiliser ce secteur à la clinique culturelle et à la clinique du trauma, et ce, dans le but de permettre une prise en charge psychologique des personnes qui en ont besoin dès les premiers temps de l'accueil.
- Renforcer l'accompagnement juridique dans la procédure d'asile via par exemple l'élargissement du cadre des initiatives spécifiques à un juriste et/ ou en renforçant l'accompagnement social.

2. S'appuyer sur les services spécialisés, incontournables dans l'offre de soins

Et ce, à différents titres:

- Leur expertise clinique :
 - ✓ Les services spécialisés sont indispensables au secteur psycho-social. Les services ont été en partie créés pour pallier au manque de structures adéquates dans la prise en charge des personnes victimes de guerre, de tortures ou de violences organisées. Ils ont, de ce fait, développé une expertise dans la prise en charge de ces traumas extrêmes au sens où ces personnes ont parfois été exposées à des souffrances dramatiques, caractérisées par une cruauté extrême, une violence interhumaine, intentionnelle et organisée. L'intervenant peut se sentir mal outillé face à un vécu de l'horreur qui dépasse l'entendement. Les équipes spécifiques connaissent bien le contexte sociojuridique très particulier dans lequel évoluent leurs usagers et développent avec les interprètes une pratique efficace et réflexive.
 - ✓ Cette expertise indispensable des équipes spécialisées peut d'ailleurs servir de ressource afin de mettre en place une politique d'accueil et de prévention adéquate (repérer dès leur arrivée les personnes au vécu traumatique permet d'améliorer fortement les possibilités de guérison psychique).
 - ✓ Par ailleurs, les initiatives spécifiques sont confrontées à un public migrant installé depuis une ou plusieurs générations en Belgique et pour lequel se pose de nombreuses questions concernant le métissage, les « chocs culturels », les choix de la deuxième génération, etc. Cette pratique transculturelle métissée s'inscrit dans la spécificité des équipes « Exil », particulièrement utile dans le monde contemporain.
- Leur travail de formation et de supervision des services généralistes :
Les IS « Exil » jouent un rôle important – à poursuivre sans cesse – dans la sensibilisation du secteur de la santé mentale, ambulatoire et résidentiel, au travail clinique avec les

¹⁷¹ D'après l'enquête CAREERS : « La longue et sinueuse route menant à l'emploi. Une analyse des carrières sur le marché de l'emploi des demandeurs d'asile et des réfugiés en Belgique », ces dernières rencontrent plus de difficultés à sortir de l'aide sociale. <http://germe.ulb.ac.be/uploads/pdf/articles%20online/Careers%20Book/CareersResumeFR.pdf>

personnes étrangères ou d'origine étrangère, au travers de conférences, formations, séminaires, interventions, colloques et soutien en deuxième ligne du travail réalisé par d'autres professionnels du secteur. Il s'agit de pointer les spécificités de la clinique telles que : le travail avec interprète, la dimension culturelle, les approches communautaires en santé mentale, la géopolitique, la clinique du trauma et du deuil, l'aide aux victimes, le droit des étrangers, etc.

3. Faciliter le travail avec interprètes :

La possibilité pour l'usager d'être reçu dans sa langue est la 1^{ère} condition pour rendre le soin accessible aux personnes étrangères ou d'origine étrangère.

- Les moyens structurels des services d'interprétariat social (le SeTIS wallon en Wallonie) doivent pouvoir garantir un interprétariat social accessible et de qualité:
 - ✓ L'offre de langues doit pouvoir s'adapter à l'évolution des besoins ;
 - ✓ Une stabilité des interprètes doit pouvoir être garantie via des contrats professionnels (et non avec des contrats « article 60 » à court terme) ;
 - ✓ La formation continue et la supervision des interprètes doivent pouvoir être assurées ;
 - ✓ Une meilleure concertation doit pouvoir s'organiser entre service d'interprétariat et professionnels de la santé mentale, en regard du travail spécifique en santé mentale. La déontologie de l'interprétariat « classique » (la restitution objective, intégrale et fidèle, la neutralité et l'impartialité) ne correspond guère aux réalités du travail en santé mentale. Dans les situations de trauma, afin d'instaurer sécurité et confiance, l'interprète est un co-intervenant, même s'il n'est pas co-thérapeute.

4. Favoriser la création d'un environnement résilient :

L'objectif est de permettre aux personnes en situations d'exil de se recréer une enveloppe psychique suffisamment contenant. L'accès à une « bonne » santé mentale passe par le sens que le migrant donnera à son parcours d'exil.

Pour y arriver, au niveau clinique, il s'agira notamment de favoriser la création d'un environnement accueillant, qui prévient les processus d'exclusion, par :

- ✓ une approche multimodale qui prend en compte les dimensions psychologique, médicale, sociojuridique de la situation ;
- ✓ un travail en réseau, respectueux de la singularité, dans la continuité du travail commencé dès l'arrivée en centre d'accueil dans le cas des demandeurs d'asile ;
- ✓ la reconnaissance des souffrances vécues mais également des compétences, première étape dans la reconstruction lorsque l'on a tout perdu.

5. Poursuivre l'analyse dans le cadre d'une recherche :

Plusieurs des constats posés dans ce rapport devraient être étayés, et les hypothèses soulevées devraient être vérifiées, par une enquête plus approfondie :

- au moyen de questionnaires et puis, dans un deuxième temps, au moyen d'interviews ou de groupes de discussion, afin de pouvoir prendre en compte l'expérience :
 - ✓ des services qui adressent des demandes ;
 - ✓ des services qui reçoivent ce public ;
 - ✓ des utilisateurs de ces services, c'est-à-dire des usagers eux-mêmes ;
- et ce, avec les moyens humains et financiers adéquats.

6. Annexes

6.1. Liste des documents de travail

CLAESSENS M. : « L'Algérie au temps de la terreur : Mise en perspective de la clinique avec un patient algérien par une approche historique », Vignette clinique de Santé en Exil

CLAESSENS M., « Réflexions autour de la rencontre interculturelle dans le « travail social » », Présentation dans le cadre de la conférence *Parcours d'exil et santé mentale* organisée par le CRIC, Gilly, 2014.

DRION M-C., « Présentation d'une situation clinique adressée à l'équipe « Santé en Exil » », vignette clinique de Santé en Exil.

ZAPATA R., « A propos du décentrage culturel : Vignettes cliniques issues de notre pratique à Santé en Exil » Présentation dans le cadre de la conférence *Parcours d'exil et santé mentale* organisée par le CRIC, Gilly, 2014.

Projet du service de santé mentale « Clinique de l'Exil », décembre 2012

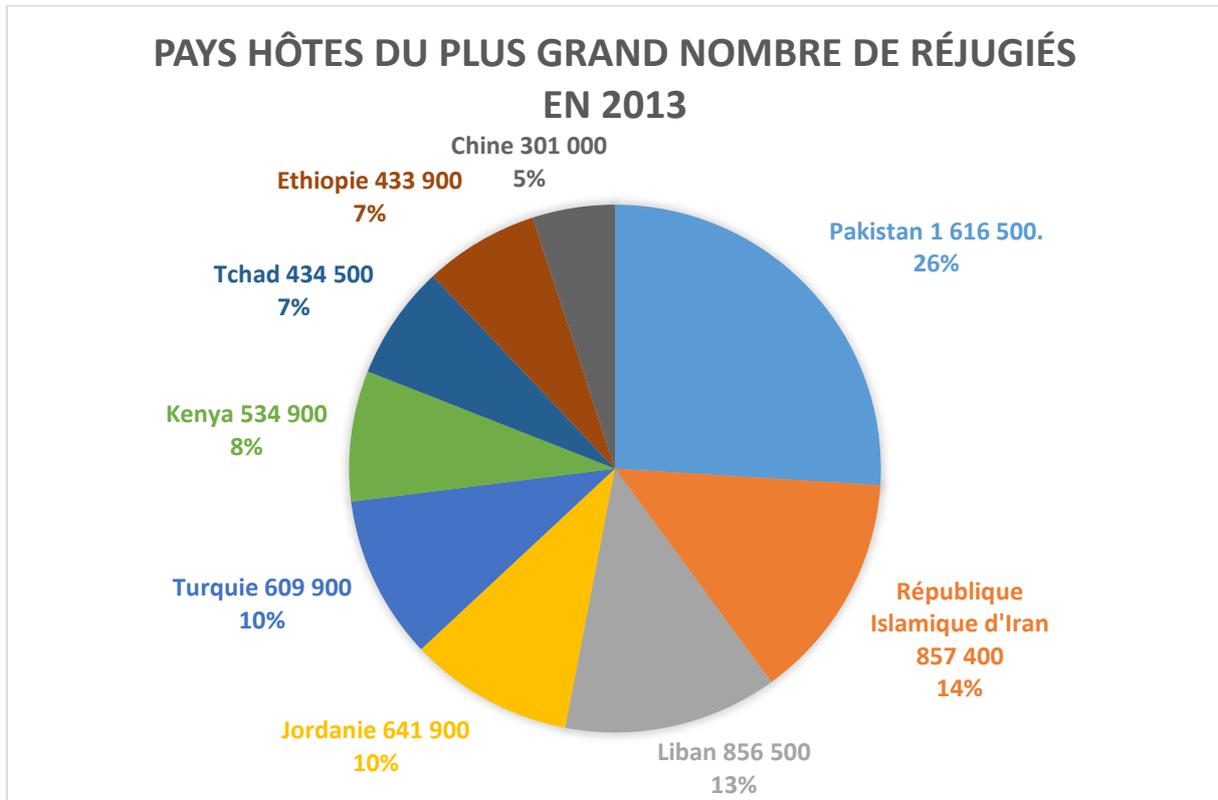
Projet du service de santé mentale « Santé en Exil », mars 2013

Projet du service de santé mentale « Tabane », mars 2013.

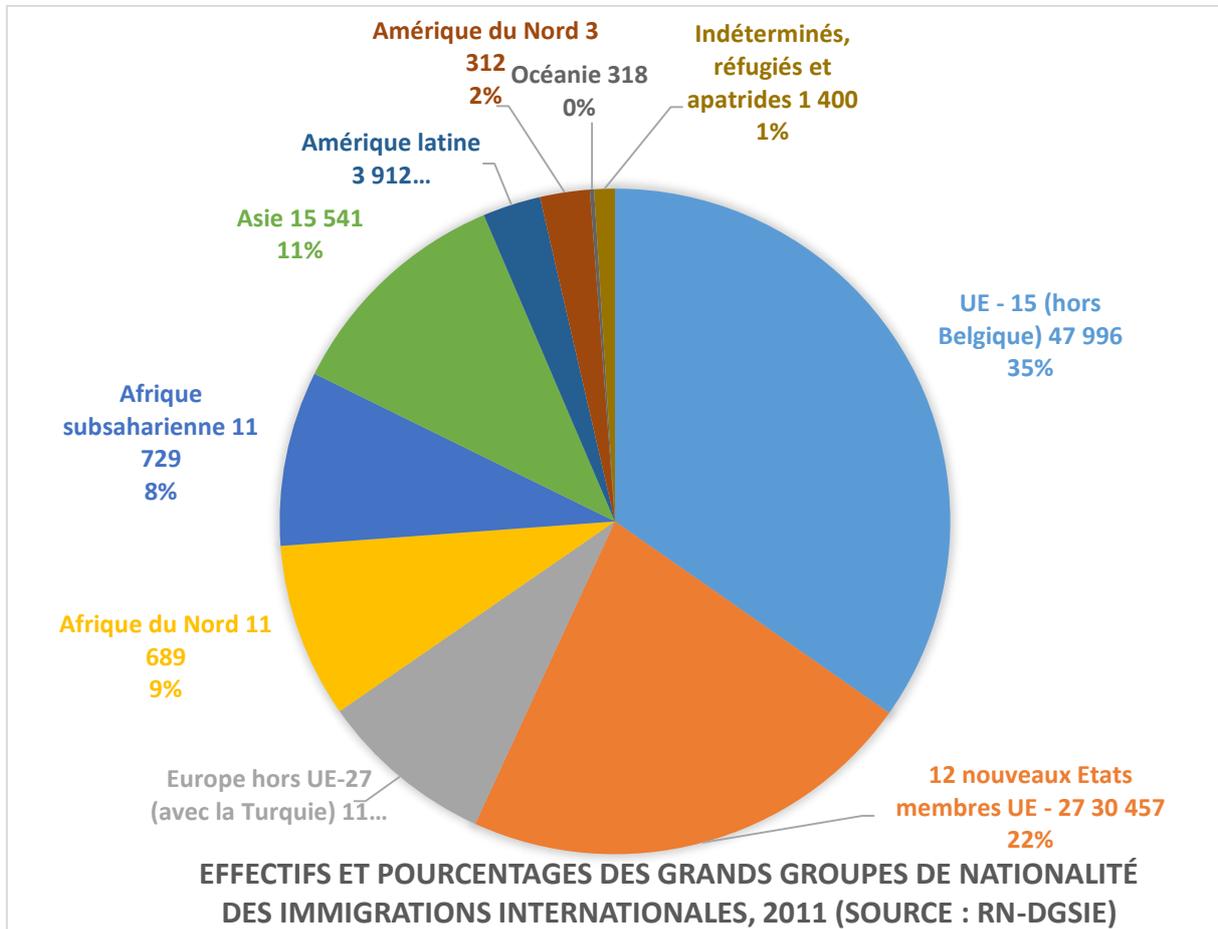
Rapport d'activités 2013 de Tabane

Rapport d'activités 2012 de l'Espace 28

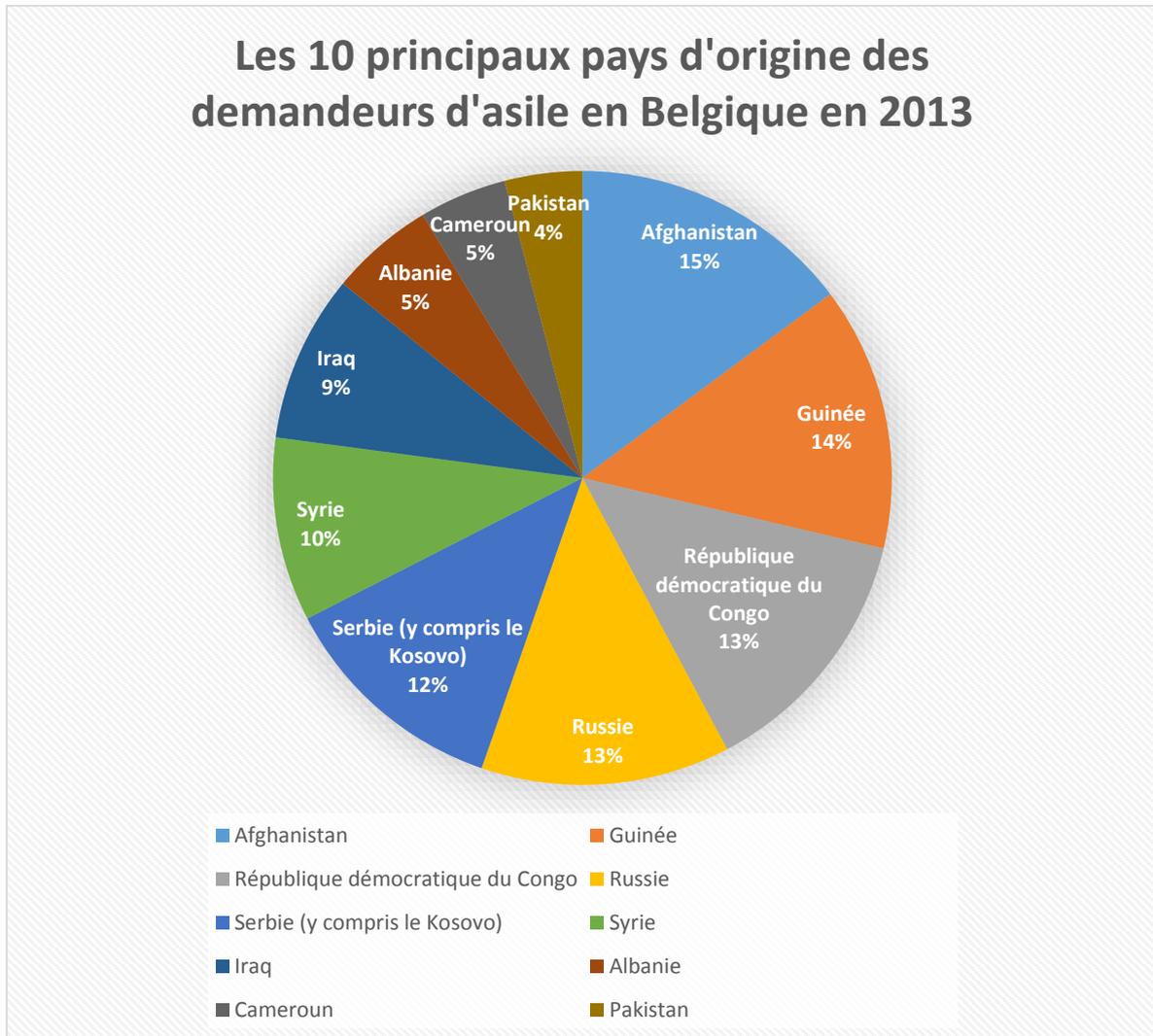
6.2. Pays hôtes du plus grand nombre de réfugiés en 2013



6.3. Effectifs et pourcentages des grands groupes de nationalité des immigrations internationales en 2011



6.4. Les 10 principaux pays d'origine des demandeurs d'asile en Belgique en 2013



6.5. Le paysage belge et européen d'offre spécifique de services de soins en santé mentale aux migrants, réfugiés, victimes de torture

- **Ailleurs en Belgique**

- A Bruxelles, les services de santé mentale : « Ulysse », « Exil », « d'Ici et d'ailleurs », le « Méridien » ainsi que : Médecins du Monde et Solentra,
- En Flandre: Centrum geestelijke gezondheidszorg (SSM) Andante, Centrum geestelijke gezondheidszorg (SSM) Vagga, Centrum Algemeen Welzijnswerk De Terp, Centrum Algemeen Welzijnswerk De Mare, Medecins du Monde... A Anvers, un réseau s'est constitué: Antwerps netwerk Cultuursensitive zorg

- **Des équipes spécialisées existent en Europe. Voici en exemple les plus connues :**

- Les centres Primo-Levi, Minkowska, Georges Devereux, Parcours D'exil, Hôpital Avicenne à Paris ;
- Mana à Bordeaux ;
- Appartenances à Lyon ;
- Appartenances à Lausanne ;
- Centrum 45, Phoenix et le centre de référence "santé et différences culturelles en Hollande ;
- Exil à Barcelone ;
- « International Rehabilitation Council for Torture Victims» (IRCT) au Danemark ;
- "Medical Foundation for the Care of Victims of Torture" à Londres.

6.6. Recherche de la Clinique de l'Exil au sujet de l'organisation des soins de santé mentale pour réfugiés et demandeurs d'asile en provinces de Namur et Luxembourg.

En 2008, dans le cadre d'un projet du Fonds européen pour réfugiés¹⁷² (FER), La Clinique de l'exil a mené une recherche (enquête et rencontres) concernant l'organisation des soins de santé mentale pour réfugiés et demandeurs d'asile en provinces de Namur et Luxembourg.

Ce sondage, plus qu'une recherche, portait sur la manière dont le réseau namurois et luxembourgeois des équipes de soins en santé mentale, hospitalier et ambulatoire, s'est organisé autour de la question de la prise en charge juridico-médico-psycho-sociale des demandeurs d'asile et réfugiés.

En résumé, cette étude a montré que, globalement, les services de soins en santé mentale ne se sentaient pas très concernés par la question, les services résidentiels encore moins. Les équipes ne semblaient pas avoir de données statistiques spécifiques par rapport au profil de ce public. 60% des équipes qui ont répondu au questionnaire, estimaient ne pas avoir de besoins particuliers pour répondre à la prise en charge de ce public, essentiellement parce qu'elles ne sont que rarement confrontées à des demandes de prise en charge.

Par contre, lorsqu'ils étaient confrontés à ce public, la moitié des professionnels exprimaient le besoin de pouvoir bénéficier d'un centre de référence ou de collaborer avec un service spécialisé afin d'obtenir des informations. Les rares professionnels confrontés à la prise en charge de ce public se disaient globalement désemparés et démunis face à celui-ci, en particulier face à la situation sociale et juridique de ces patients pas comme les autres, face aux problématiques de trauma, face aux difficultés autour de la langue.

Il s'agit d'un public dont le suivi n'est pas classique, n'est pas facile ou n'est jamais très long en raison de multiples déménagements. Le besoin d'interprètes sociaux et d'un réseau vers lequel référer apparaît capital. Plutôt que de répondre elle-même à la demande de prise en charge, l'équipe préférera référer à une équipe spécialisée, telle que la Clinique de l'Exil ou Carda.

La question de la culture ne semblait pas susciter de question particulière, mais bien celle de la langue et celle de la procédure d'asile ou de demande de séjour, particulièrement complexe et lourde, ainsi que celle des conditions de vie précaires et des durées de séjour parfois très longues dans les structures d'accueil.

Les problèmes de communication et de langue représentent une question fondamentale... Faire appel au service d'interprétariat social est loin d'être une habitude. Une majorité (70%) fait (ou a fait) appel à une aide extérieure (proches ou aidants naturels) mais dans seulement 35 % des cas il est fait appel aux professionnels de l'interprétariat. Le besoin d'un interprétariat « disponible et professionnel » est précisé dans près de 20 % des réponses. Les démarches administratives pour la demande d'intervention d'un interprète sont considérées comme très lourdes. Certains professionnels estiment que travailler avec interprète est un réel obstacle à un véritable travail thérapeutique et certains refusent de faire appel à un interprète parce que, selon eux, aucune relation ou travail thérapeutique n'est possible.

¹⁷² Voir rapport SSM Clinique de l'exil : « Enquête et rencontres au sujet des soins en santé mentale aux réfugiés et demandeurs d'asile en provinces de Namur et Luxembourg » ; inédit

Trois quarts des services qui reçoivent parfois ou souvent ce public, n'établissent aucun rapport de type médico-psychologique dans le cadre d'une demande d'asile ou de régularisation (9 ter). Soit la demande des patients n'est pas claire, soit le professionnel refuse la demande des patients.

La difficulté par rapport au contexte juridique et de politique migratoire en Belgique a été soulignée par les professionnels qui travaillent plus fréquemment avec ce public. Une réelle sécurité dans le séjour pour le patient est une condition pour retrouver la santé mentale.

6.7. Projet EUGATE : sept composants de bonnes pratiques dans les services de santé mentale pour immigrants en Europe¹⁷³

Sept composants de bonnes pratiques : Eugate

- **Flexibilité organisationnelle avec du temps et des ressources en suffisance** – incluant des consultations plus longues et des meilleures ressources.
- **Services d’interprétariat de qualité** – incluant des soignants parlant la même langue, des équipes de soins avec des soignants d’origine multiculturelle jouant le rôle d’interprète et des services d’interprétariat professionnels.
- **Partenariat avec les familles et les services sociaux** – incluant la collaboration avec les associations religieuses, les communautés, les organisations de réfugiés, ...
- **Sensibilité culturelle des prestataires de soins** – incluant la promotion de la sensibilité culturelle à travers la formation et l’éducation des prestataires ; ainsi que le renforcement des équipes multiculturelles pour soutenir une large acquisition de l’acceptation et de la compréhension des différentes cultures.
- **Programme d’éducation et matériel d’information pour les immigrants** – programmes d’éducation ou outils d’information traduits sur la santé et le système de santé.
- **Relation positive et stable avec les prestataires de soins** – incluant la nécessité d’une alliance constructive avec les équipes de soins afin d’améliorer les relations entre patients et prestataires de soins.
- **Guidelines clairs sur l’accès aux soins pour les différents groupes d’immigrants** – incluant une politique claire au sein des services et la formation du personnel soignant concernant les modalités d’accès aux soins pour les immigrants.

¹⁷³ DAUVIRIN M., LORANT V., « Bonnes pratiques dans les services de santé pour les migrants – projet EUGATE », Institut de Recherche Santé et Société – Université Catholique de Louvain, 7p.

7. Bibliographie

ALEN P., « Tabane ou comment co-construire les chemins de l'autonomie » (2011) In : *Diversité et Citoyenneté*, n° 25, 36 p.

ANAUT M., « Le concept de résilience et ses applications cliniques », in *Recherche en soins infirmiers*, (2005), n°82, pp. 4-11.

BAJOIT G., « Jean-Claude Métraux, *La migration comme métaphore* », Lectures [En ligne], Les comptes rendus, 2011, mis en ligne le 06 décembre 2011, consulté le 13 février 2015. URL : <http://lectures.revues.org/6934>

BHUI K., McCOLL H., MCKENZIE K., (2008) « Mental healthcare of asylum-seekers and refugees », *Advances in Psychiatric Treatment* n°14, pp 452-459.
<<http://apt.rcpsych.org/content/14/6/452.full>>

BONNEVILLE A. *et al.*, « quand la question de l'interculturel fait retour à la clinique... Eléments pour une rencontre de l'autre », in *Psychothérapies*, 2010, vol. 30, pp 3-9.

CABANEL F., LUNGERI P., « Psychiatrie-social : quelques réflexions en guise d'idées... », *Empan*, n° 58, 2/ 2005.

CONROTTE J., (2014) « Le déplacement et ses lignes de faille », dans JAMOULLE P. (dir.), *Passeurs de mondes. Praticiens-chercheurs dans les lieux d'exils*, France, Academia-L'Harmattan.

COUNE I., DAUVIRIN M., DERLUYN I., LORANT V., VERREPT H., (2011) « Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques », Belgique, 48pp.
<http://www.diversite.be/index.php?action=publicatie_detail&id=142&thema=4>

CROZET A., « L'accueil des kosovars dans l'Union Européenne : éviter l'application de la convention de Genève ? », in *Plein droit* n° 44, décembre 1999

CYRULNIK, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.

DAUVIRIN M., LORANT V., « Bonnes pratiques dans les services de santé pour les migrants – projet EUGATE », Institut de Recherche Santé et Société – Université Catholique de Louvain, 7p.

DUMONT M., « Statistiques et problèmes de santé publique » (2014) Mémoire en sciences mathématiques, sous la direction de REMON M., Namur, FUNDP, 146 p.

DI Ch. et MORO M-R., « Conflit des cultures dans la constitution de soi » L'apport de l'approche ethnopsychiatrique, in *Informations sociales*, 2008/1 n° 145, p. 16-24.

FASSIN D., « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », in *Hommes et Migrations*, 2000, n° 1225.

FICHET B., « Etrangers et immigrés, deux termes problématiques », *Revue des sciences sociales de la France de l'Est*, n° 20, 1993, pp. 112-117.

FURTOS J., *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Paris, Elsevier Masson, 2008.

- GODENIR A., MOTTIN M., STORME A., (2012) « Les Primmo-arrivants : qui sont-ils et quelle place ont-ils dans les politiques d’alphabétisation ? », Lire et Ecrire en Wallonie, 23p.
- GOSELIN CH., MINOTTE P., (2012) « Rapport : Handicap mental et santé mentale » Namur, Plate-Forme de concertation en santé mentale des Régions du Centre et de Charleroi - Institut Wallon pour la Santé Mentale, 210 pp.
- <http://www.pfrcc.com/admin/wysiwyg/assets/Rapport%20DD%20HM-SM_PFRCC.pdf>
- JACQUES P., CARPIAUX H., PAUL A. *et al*, « Exils et appartenances » (2008) in *Confluences*, n°21, pp. 13-46.
- JACQUES P., *La Santé Mentale en Afrique de l’Ouest : pour une psychiatrie transculturelle et communautaire*, Rapport de voyage d’étude, 1998, inédit.
- KAËS R., « En quoi consiste le travail psychanalytique en situation de groupe », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, N°46, 2006.
- KAËS R., « Du moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d’un concept » in *Le Carnet PSY*, n°117, 2007.
- KOVES-MASFETY V. (2001). « Précarité et santé mentale ». Rueil-Malmaison, France : Doin. 103p
- MARULLA H. *et al.*, « Un improbable refuge. » les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d’asile (2004), *Psychothérapies*, Vol. 24, pp. 215-222. DOI : 10.3917/psys.044.0215
- METRAUX J-C., « La pensée clinique en mutation » in *Les cahier du Rhizome*, n° 21, décembre 2005.
- MORO M-R., REZZOUG., STURM G., *et al*, « Pour une laïcité dans la pratique des soins à l’hôpital », in *Soins Psychiatrie*, n° 260, Janvier/février 2009.
- MORO M-R., « Une pratique irrespectueuse : la prise en charge transculturelle des parents migrants et de leurs enfants »
http://www.marierosemoro.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=28
- NATHAN T., « Pratiquer l’ethnopsychiatrie », in *Santé mentale*, n° 145, février 2010.
- NSHIMIRIMANA L., (2002) « Immigrés en souffrance : traiter la différence ou soigner l’accueil ? », dans ELKAIM M. (Dir.) *Familles, cultures et psychothérapies*, Belgique, de Boeck.
- ROBICHAUD F., « Pratiques exemplaires : la vision des familles » (2010), Thèse de doctorat en psychologie, sous la direction de LACHARITE C., Québec, Université du Québec à Trois Rivières, 267 p.
- ROUCHON J-F., REYRE A., TAÏEB O., MORO M-R., « Le contre-transfert culturel, une notion nécessaire pour soigner », in *Soins Psychiatrie*, n° 260, Janvier/février 2009.
- ROUSSILLON R., « La «conversation» psychanalytique : un divan en latence » in *Revue française de psychanalyse*, vol. 69, 2004/2.
- SCHYNDER U., « Psychothérapies pour les PTSD – une vue d’ensemble » (2005) *Psychothérapies*, Vol. 25, pp. 39-52. DOI : 10.3917/psys.051.0039
- SUIJKERBUIJK H. (éd. resp.), (2014) « Livre vert sur l’accès aux soins en Belgique », Belgique, Wolters Kluwer Belgium SA.

VAN EECKHAUT F. « Virton : le centre Fedasil ferme ses portes fin décembre », décembre 2014, RTBF Info http://www.rtf.be/info/regions/detail_virton-le-centre-fedasil-ferme-ses-portes-fin-decembre?id=8562129, consulté le 5/01/15

Fonds pour l'asile, la migration et la sécurité intérieure: la commission des libertés civiles donne son feu vert, Commission des libertés civiles, de la justice et des affaires intérieures [10-01-2014] <<http://www.europarl.europa.eu/news/fr/news-room/content/20140106IPR31906/html/Fonds-pour-l'asile-la-migration-et-la-s%C3%A9curit%C3%A9-int%C3%A9rieure>> consulté le 9/01/2015

Guide de la procédure d'asile en Belgique. (2008) Bruxelles, Coordination et Initiative pour Réfugiés et Etrangers (CIRE), 58p.

Guide sur l'accès à l'aide en santé mentale en Région bruxelloise pour personnes exilées. (2011) Bruxelles, Service de Santé Mentale Ulysse, 144 p.

L'Accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés : repères pour les professionnels de la santé mentale. (2010), Namur, Institut Provincial d'Orientation et de Guidance – Clinique de l'Exil, 70 p.

Migrations : rapport annuel 2013. (2014) Bruxelles, Centre fédérale pour l'analyse des flux migratoires, la protection des droits fondamentaux des étrangers et la lutte contre la traite des êtres humains, 247p.

Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, conférence de haut-niveau de l'UE « ensemble pour la santé mentale et le bien-être »,

Rapport statistique et démographique 2013 : Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique. Bruxelles, (2014), Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme – Université Catholique de Louvain : Centre de recherche en démographie et sociétés (DEMO), 175p.

« Le Miroir Vagabond en province de Luxembourg : Culture et social au cœur du développement local », in *Labiso*, Cahier n° 26-27, 85 pp.

<<http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=526&display=cover>>

« Le service de méditation interculturelle du CHR de la Citadelle à Liège : les *passeuses* de culture », in *Labiso*, Cahier n° 65, 50 pp.

<<http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=969&display=cover>>

« Le SeTIS Namur : trois ans de pratique d'interprétariat social », in *Labiso*, Cahier n° 89-90, 62pp.

<<http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=1266&display=cover>>

« Les voleurs à la tire sans papiers plus rapidement renvoyés chez eux », 2015, La Libre. En ligne. Janvier <<http://www.lalibre.be/actu/belgique/les-voleurs-a-la-tire-sans-papiers-plus-rapidement-renvoyes-chez-eux-54a63e0c357028b5e9ce2558>> consulté le 5/01/15

« Médiation interculturelle : des métiers à inventer pour un espace de changement », in *Labiso*, Cahier n° 14, 67 pp.

< <http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=384&display=cover>>

Sites internet

Site internet du CRéSaM : <<http://www.cresam.be/Reperes>>, consulté le 5/11/14

Site Internet de Fedasil : <<http://fedasil.be/fr>>

Document qui comporte des extraits du site internet de Fedasil : WWW.FEDASIL.BE (janvier 2007)

Site internet du SeTIS Wallon : <<http://www.setisw.be>>, consulté le 5/11/14

8. Pour en savoir plus

- Bell P, [Zech E](#), Access to mental health for asylum seekers in the European Union. An analysis of disparities between legal rights and reality ; Arch Public Health. 2009; 67(1): 30–44 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3436694/>
- Bhugra, D. & Ayonrinde, O. (2004) Depression in migrants and ethnic minorities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 13–17.
- Burnett, A. & Peel, M. (2001) Health needs of asylum-seekers and refugees. *BMJ*, 322, 544–546.
- CIRE, 2011, Les maladies du séjour -guide pratique,
- Clinique de l'Exil, Paul JACQUES, « L'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés, repères pour les professionnels de la santé mentale », Province de Namur, IPOG, Clinique de l'exil, Fond Européen pour Réfugiés (FER), Région Wallonne, 2009, 70p., inédit
- Clinique de l'exil, FER 2007 « Appui au secteur de la santé mentale et au réseau dans l'aide et le soin aux réfugiés en province de Namur et Luxembourg » ; annexe 2 « Enquête et rencontres au sujet des soins en santé mentale aux réfugiés et demandeurs d'asile en provinces de Namur et Luxembourg » ; inédit
- Croix Rouge de Belgique. Formation, 2006, Accompagnement Psychosocial et Thérapeutique des Demandeurs d'Asile. Fonds Européen pour les Réfugiés (FER).
- Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil : rapport de synthèse. (2012), France, réseau SAMDARRA (Santé mentale, précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes, 73pp. http://www.samdarra.fr/documents/Rapportdesynthese-etatdeslieuxnational-ReseauSamdarra_000.pdf
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309–1314.
- Fedasil, 02/2004, Enquête exploratrice sur l'assistance psychosociale et thérapeutique des demandeurs d'asile (Provinces de Hainaut, Brabant Wallon, Namur et Région Bruxelles) , FER, site fedasil
- Goguikian Ratcliff Betty et Suardi Francesca, « L'interprète dans une consultation thérapeutique: conceptions de son rôle et difficultés éprouvées », *Psychothérapies*, 2006/1 Vol. 26, p. 37-49 : https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=PSYS_061_0037
- Goguikian Ratcliff, B. & Strasser, O. (2009). Clinique de l'exil : chroniques d'une pratique engagée. Genève : Georg Editeur, Collection Médecine Société.

- M. Huber, A. Stanciole, K.Wahlbeck, N. Tamsma, F. Torres, E. Jelfs, J. Bremner (2008) Quality in and Equality of access to health Care services. Brussels: European Commission : http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/studies_en.htm#healthcare
- IWSM, déc 2008, Confluence numéro 21 « exils et appartenances » , dossier coordonné par P Jacques, téléchargeable sur le site IWSM, rubrique publication, Confluences : http://www.iwsm.be/institut-wallon-sante-mentale_confluence.php?id=23; [http://www.iwsm.be/confluences/C21%20\(3\).pdf](http://www.iwsm.be/confluences/C21%20(3).pdf).
- JACQUES Paul, « La Santé Mentale en Afrique de l'Ouest : pour une psychiatrie transculturelle et communautaire », Rapport de voyage d'étude, 1998, inédit.
- JACQUES Paul, « Trauma collectif et Culture : entre la mémoire et l'oubli », Trans-faire N° 10, juin 1999.
- JACQUES Paul, « Trauma et culture », Cahiers de psychologie clinique, Bruxelles, nov. 2001.
- JACQUES Paul, « Individu, lien social et résilience », Trans-faire N°21, dossier « Santé mentale et santé sociale », LWSM
- JACQUES Paul, Article de présentation du projet « clinique de l'exil » dans Trans-Faire, bulletin de la LWSM, juin 2002, dossier spécial « SM et réfugiés »,
- JACQUES Paul, Compte-rendu du premier congrès panafricain de santé mentale à Dakar 2002, Trans-Faire, juin 2002
- JACQUES Paul, Premier Congrès Panafricain de santé mentale, Psychiatrie, Psychanalyse, Culture, Dakar 18-20 mars 2002, Document de synthèse, Psychopathologie africaine, 2001-2002, XXXI, 3 :393-401
- JACQUES Paul, « Clinique de l'exil », L'Observatoire, N°35, juin-juillet 2002 ;
- JACQUES Paul, Coordination des dossiers « Santé Mentale et réfugiés » dans Trans-Faire, 2002
- JACQUES Paul, « L'Exil comme clinique de l'entre-deux », dans Trans-Faire, septembre 2002,
- JACQUES Paul, « Poser ses valises », in Collignon R, Gueye Momar (éds), Psychiatrie, Psychanalyse, Culture, actes du premier Congrès Panafricain de santé mentale, Dakar 18-20mars 2002, 2003
- JACQUES Paul, « Souffrance psychique et souffrance sociale », Revue Pensée plurielle, dossier Souffrances sociales, 2004, vol 2 N°8

- JACQUES Paul, « Tenir compte des représentations dans l'élaboration des politiques de santé mentale », dossier « images de la santé mentale », Confluences, N° 9, mars 2005
- JACQUES Paul, Préface au dossier « Support social et souffrance psychique », Confluences, N° 10, Juin 2005
- JACQUES Paul, « Entre corps, esprit et spiritualité : au-delà de la biomédecine », Dossier « Médecine générale et santé mentale », Confluences n° 12, décembre 2005
- JACQUES Paul, « Le travail d'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés: une polyphonie », Revue L'Observatoire, n° 50, dossier « Pratiques d'écoute », sept 2006.
- JACQUES Paul, « Approche spécifique pour problème spécifique ? », Revue Confluences, N°19, dossier « Dépendances », avril 2008
- JACQUES Paul, « Traverser le passé », revue Confluences, N° 21, dossier « Exils et appartenances », janvier 2009
- JACQUES Paul, Coordination du dossier « Exils et appartenances », revue Confluences, N° 21, janvier 2009
- Paul JACQUES, Nouné KARA KHANIAN, « Primo-arrivant(e)s âgé(e)s : une situation d' « entre-deux », revue « l'Observatoire », dossier « Vieillesse et migration », N°61 , 2009
- JACQUES Paul, « L'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés, repères pour les professionnels de la santé mentale », Province de Namur, IPOG, Clinique de l'exil, Fond Européen pour Réfugiés(FER), Région Wallonne, 2009, 70p.
- Labiso N° 26 : le Miroir vagabond, <http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=526&display=cover>
- labiso 8 : La Clinique de l'exil, Labiso N° 8 : <http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=320&display=cover>
- Labiso N° 14 : la médiation interculturelle : <http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=384&display=cover> et Cahier Labiso N° 89 : le Setis Namur : <http://www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=1266&display=cover> ;
- Manço Altay, (IRFAM), Sylvie Petit & Michel Born, (Ulg), UNISOL, Optimisation de l'interaction entre familles récemment immigrées et services sanitaires : contribution au bien-être des enfants, 2004 ;
- Manco A, petit S, Born M. Le travail des professionnels avec les enfants et les familles primo-arrivantes. Le Cahiers du Fonds Houtman. 2006 :. http://fondshoutman.be/cahiers/02_012006/html-n/index.html.

- [McColl](#) Helen, [Kwame McKenzie](#) and [Kamaldeep Bhui](#) ; « Mental healthcare of asylum-seekers and refugees » ; *Advances in Psychiatric Treatment* (2008)14: 452-459 ; <http://apt.rcpsych.org/content/14/6/452.full>
- Mellier, D , Précarité du lien, détresse sociale et dispositifs de « contenance », in O Douville, Cl Wacjman, 2003, Ruptures des liens, cliniques des altérités, *Revue Psychologie Clinique*, N° 16, L'Harmattan, p 87-10, 2003
- Métraux Jean-Claude, « La pensée clinique en mutation », *Les cahiers de Rhizome*, dossier « Demandeurs d'asile- Un engagement citoyen », p21-27 ; 12/ 2005 : <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/rhizome/Rhizome21.pdf>
- Métraux Jean-Claude, *la migration comme métaphore*, 2012
- Mind, *Mental health services for refugees and asylum seekers - a messy picture* http://www.mind.org.uk/blog/2377_mental_health_services_for_refugees_and_asylum_seekers-a_messy_picture
- Mind, 2009, *A civilised society: mental health provision for refugees and asylum seekers in England and Wales* http://www.mind.org.uk/campaigns_and_issues/report_and_resources/2366_a_civilised_society_mental_health_provision_for_refugees_and_asylum_seekers_in_england_and_wales
- ORSPERE « santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône Alpes ; Modalités cliniques et interpartenariales », mars 2005 : <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/RAPPORTFINAL.pdf>
- *Paenser l'exil : actions culturelles et santé des migrants*, Actes du colloques du 6 mai 2014, Bruxelles, Cultures et Santé, 43 pp.
<http://www.cultures-sante.be/nos-outils/education-permanente/2014/actes-du-colloque-paenser-l-exil-actions-culturelles-et-sante-des-migrants.html>
- PROTECT : Processus de reconnaissance et d'orientation des victimes de torture dans les pays européens afin de faciliter l'accompagnement et l'accès aux soins ; <http://www.france-terre-asile.org/toute-lactualite-de-france-terre-dasile/item/6853-victimes-de-torture-publication-du-rapport-protect>
- Red Cross Austria, 2009, *Mental Health Care for Asylum Seekers in the European Union: Addressing the Needs of Specifically Vulnerable Groups: recommendations:* http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Site/Mental_Health/Recommendations%20-%20Final%20version.pdf
- Rousseau, Cécile, "La thérapie à l'épreuve de la culture", *Relations*, juin 2001 (669), p. 20-23 : http://www.cjf.qc.ca/relations/archives/themes/textes/sante/sant_rous_0106.htm

- Rousseau c , Measham T, “Post traumatic suffering as a source of transformation : a clinical perspective”, in Kirmayer L, Lemelson R, Barad M, Understanding trauma, integrating biological, clinical, and cultural perspective, Cambridge University press, 2007.
- Samdarra , Lyon : Etat des lieux national sur l’accueil, le soutien et les soins liés à la santé mentale des demandeurs d’asile, FRANCE 2012 <http://www.samdarra.fr/doc.html>
- SSM « Ulysse », 2003, besoins et les ressources en région bruxelloise en matière de prise en charge psychosociale pour réfugiés/demandeurs d’asile. (Cocof) ;
- SSM « le Méridien»: Accueil et accès aux soins des personnes migrantes en Belgique; Cocof 2001-2002. Cette étude est la seule qui donne la parole aux réfugiés directement. Toutes les autres partent quasi exclusivement du point de vue des professionnels qui travaillent avec ce public ;
- Summerfield, D. (2003) Mental health of refugees. British Journal of Psychiatry, 183, 459–460.
- Summerfield D, Asylum-seekers, refugees and mental health services in the UK , Psychiatric Bulletin (2001) 25: 161-163 , 2001,
- Tribe, R. (2002) Mental health of refugees and asylum-seekers. Advances in Psychiatric Treatment, 8, 240–247.
- Van Ommeren, M. (2003) Validity issues in transcultural epidemiology. British Journal of Psychiatry, 182, 376–378.
- Watters Ch, Ingleby D, 2003, Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers; Part A. Introduction to the Final Report; Ercomer, FER, <http://www.uu.nl/uupublish/onderzoek/onderzoekcentra/ercomer/projects/project/28318main.html>
- Watters Ch, Ingleby D, 2005, Mental health and social care for asylum seekers and refugees ; a comparative study, in Igleby D (Eds), Forced migration and mental health, rethinking the care of refugees and displaced persons, USA, Springer, series international and cultural psychology (Marsella AJ).
- Health Issues Centre ; 2003: “Reality Check : culturally diverse mental health consumers speak out”: www.healthissuescentre.org.au

9. Liste des abréviations utilisées

AMU : Aide Médicale Urgente

CAI : Centre d'action interculturelle de la province de Namur

CCE : Conseil du Contentieux des Etrangers

CeRAIC (Centre Régional d'Action Interculturelle du Centre)

CGRA : Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides

CIRE : Coordination et initiatives pour réfugié et étrangers

COFETIS : Coordination fédérale de la traduction et de l'interprétariat en milieu social

CPAS : Centre Public d'Action Sociale

CRI : Centre Régional d'Intégration

CRIPPEL : Centre Régional pour l'Intégration des Personnes Etrangères ou d'origine étrangère de Liège

FEDASIL : Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile

FER : Fonds Européen pour les Réfugiés

FIPI : Fond d'Impulsion à la Politique des Immigrés

HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (équivalent de l'UNHCR dans les parties francophones)

ILA : Initiatives Locales d'Accueil

IS : Initiatives Spécifiques

LBFSM : Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

LWSM : Ligue Wallonne pour la Santé Mentale

MENA : Mineur Etranger Non Accompagné

MSF : Médecins Sans Frontières

OE : Office des Etrangers

PMS (centre) : centre Psycho-Médico-Social

PSSM : projet de service de santé mentale

SAJ : Service de l'Aide à la Jeunesse

SeTIS (Wallon) : Services de Traduction et d'Interprétariat en milieu Social

SISU : Service d'Intervention Psychosociale Urgente de la Croix-Rouge de Belgique

SSM : service de santé mentale

UNHCR : United Nations High Commissioner for Refugees