



Belgique-België
P.P
5000 Namur 1
BC
5588

N° 21 - DECEMBRE 2008

CONFLUENCES

REVUE DE L'INSTITUT WALLON POUR LA SANTÉ MENTALE

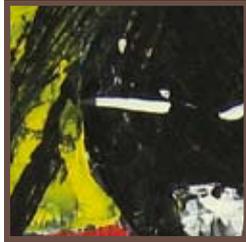
DOSSIER: EXILS ET APPARTENANCES



Autorisazione de fermeture : 5000 Namur 1 - BC5588

Man Congois

Ed. Resp. : C. Bontemps, Rue Henri Lemaître, 78 B-5000 Namur - Bureau de dépôt : Charleroi X



Editeur responsable:

Christiane Bontemps

Coordination:

Hélène Carpiaux
Paul Jacques

Secrétariat:

Muriel Genette

Comité de rédaction:

Fabienne Collard
Pascal Colson
Bertrand Geets
Sylvie Gérard
Denis Henrard
Stéphane Hoyoux
Francis Turine
François Wyngaerden

Illustrations:

Merci à Man Congeorges

Artiste plasticien d'origine togolaise. Arrivé en Belgique en 2006, il nous interpelle à travers ses oeuvres sur son parcours d'exilé depuis la fuite de son pays.

Institut Wallon pour la Santé Mentale

Rue Henri Lemaître, 78
B-5000 Namur

☎ +32(0) 81 23 50 15

☎ +32(0) 81 23 50 16

✉ confluences@iwsmb.be

✉ iwsmb@iwsmb.be

🌐 www.iwsmb.be

Graphisme:

pixFACTORY

☎ +32(0) 81 22 99 90

✉ info@pixfactory.be

2009, année de transition, année d'évolution

Dès sa création, en 2002, la notion de «TRANSVERSALITÉ» a été au centre des réflexions de l'I.W.S.M.

Les négociations menées en 2008 avec la Région wallonne ont souligné l'importance de cette notion, et la première mission confiée à l'IWSM est aujourd'hui une mission de concertation transrégionale et transectorielle qui vise l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale en territoire wallon.

2009 sera une année de transition mais aussi une année d'évolution.

Un **nouveau décret** relatif aux Services de santé mentale est annoncé pour les prochains mois. La réforme du secteur envisagée par le Gouvernement wallon a « UN OBJECTIF QUALITÉ qui vise à renforcer l'ancrage des S.S.M. dans le réseau en adaptant ses effectifs et en donnant une meilleure visibilité à l'offre de soins ».

Le concept de « **projet de service de santé mentale** » occupe une place centrale dans le cadre de ce nouveau décret. Le P.S.S.M. est conçu comme un outil dynamique et évolutif devant permettre l'auto-évaluation et une analyse dynamique et dialectique du fonctionnement du service.

La création d'un **centre de référence en santé mentale** est également introduite dans le décret et ses missions de concertation, d'observatoire, d'appui, de recherche et d'information correspondent aux missions actuellement dévolues à l'Institut.

Ce décret, et le P.S.S.M. en particulier, - comme toute nouveauté - a suscité l'intérêt mais aussi l'inquiétude du secteur. Dans ce cadre, l'Institut a effectué une mission d'accompagnement à la demande du Ministre. Il a créé avec des représentants de S.S.M. une commission ayant pour but de relayer les interrogations du secteur et de déposer, début janvier, des recommandations pour l'élaboration de l'arrêté d'exécution du nouveau décret.

Le dialogue amorcé devrait permettre d'adapter autant que possible la réforme envisagée aux moyens du terrain afin d'assurer un fonctionnement optimal des services au bénéfice de l'utilisateur et de répondre de manière adéquate à l'« OBJECTIF QUALITÉ » envisagé au départ.

La **place de l'utilisateur** dans le réseau sera également au centre de nos préoccupations pour 2009. Cette place ne pourra pas se résumer à un vœu pieux ni à une simple inscription dans un cadre administratif. Il s'agira d'examiner concrètement les moyens à mettre en œuvre pour assurer à l'utilisateur une place centrale d'acteur, de citoyen et dans le réseau ; et cela ne sera pas une tâche facile ! *Confluences* vous donne, en primeur, un premier retour sur les Etats généraux de la santé mentale, consacrés principalement à l'utilisateur dans le réseau, et vous verrez que la voie s'ouvre. . .

A côté des autres projets, initiatives et réflexions d'actualité, le dossier de *Confluences* s'intéresse aux réfugiés et exilés, et le regard qu'il nous permet de poser sur l'« autre » nous amène à voir autrement notre propre pratique, à questionner nos repères et à interroger nos représentations. . . Une perspective à ré-inscrire - pourquoi pas ? - dans nos bonnes résolutions 2009.

2009 sera bien une année de transition, mais également une année d'évolution pleine de promesses. Il nous appartient à tous de faire en sorte que ces promesses se réalisent.

Bon vent !

Et bonne lecture. . .

Robert **STERCK**, Président



Actualités

▶ Retour sur les Etats généraux de la santé mentale - <i>Hélène Carpiaux</i>	2
▶ La prévention du suicide en débat <i>Christiane Bontemps et Christelle Senterre</i>	4
▶ Les Cyprès, première unité wallonne de pédopsychiatrie légale <i>Rencontre avec Olivier Pirson</i>	6
▶ La diversité en santé mentale : une opportunité pour le dialogue interculturel <i>Isabelle Deliége</i>	8
▶ Dépression et Exclusion sociale <i>Annick Appart et Didier De Vleeschouwer</i>	10
▶ Grandir avec des écrans dans la tête - <i>Pascal Minotte</i>	11
▶ Après les images..., le débat ! - <i>Rencontre avec Martine Lombaers</i>	12

Dossier : Exils et appartenances

▶ Préface - <i>Paul Jacques</i>	13
▶ Dans la peau d'exilés - <i>Hélène Carpiaux</i>	14
▶ Rencontrer des exilés en situation irrégulière - <i>Andrée Paul</i>	15
▶ Immigration choisie et sans papiers - <i>Matéo Alaluf</i>	17
▶ Une typologie des stratégies identitaires en contexte multiculturel <i>Marie Verhoeven</i>	20
▶ L'écoute de la souffrance chez les immigrés ou l'Histoire comme symptôme <i>Roberto Beneduce</i>	22
▶ La consultation ethnopsychiatrique à l'asbl Tabane <i>Dan Schurmans</i>	26
▶ L'interprétariat social en Wallonie - <i>Nicolas Contor</i>	28
▶ Se mettre au service de la relation <i>Un entretien avec Inga Karapetyan</i>	29
▶ L'interprète, un co-intervenant - <i>Elsa Xhema</i>	30
▶ Rescapés tutsis du génocide en deuil différé - <i>Tite Mugrefya</i>	31
▶ Trauma et deuil - <i>Jacques Roisin</i>	32
▶ La prise en charge des primo-arrivants <i>Virginie Kolela-Kabangu et Marie-Christine Drion</i>	34
▶ L'accompagnement des Mineurs Etrangers Non Accompagnés <i>Elise Delens</i>	36
▶ Les nouveaux enfants - <i>Philippe Woitchik</i>	37
▶ Exil et adoption - <i>Anne-Pascale Marcquebreucq</i>	38
▶ Les parents face au défi de l'exil - <i>Reza Kazemzadeh</i>	40
▶ Demande d'asile et séjour pour raison médicale <i>Sophie Bultez et Nathalie de Wergifosse</i>	42
▶ Le rôle des attestations médicales et psychologiques <i>Céline Verbrouck</i>	44
▶ En pratique	45
▶ Traverser le passé - <i>Paul Jacques</i>	46
▶ Repères bibliographiques	48



Retour sur les Etats Généraux de la Santé Mentale

Seul, l'acteur de santé mentale - usager ou professionnel - est vite confronté aux limites de ses possibilités. C'est ce constat qui a guidé l'IWSM dans l'organisation de ses premiers *Etats Généraux de la Santé Mentale en Wallonie*. Le thème : « Passager » du réseau ? Les objectifs : Faire état des problématiques et des initiatives qui concilient au mieux le fonctionnement en réseau en santé mentale et le respect de la place des usagers... En un mot : encourager les réseaux de soins « patients admis ».

Plus de 400 participants étaient au rendez-vous ce 28 novembre à Namur pour en parler... ; une invitation claire à poursuivre le travail.

A l'issue du Colloque, nous avons demandé à nos invités de nous livrer leurs réflexions.

Propos recueillis et mis en forme par

Hélène CARPIAUX, IWSM

avec la collaboration de **Marie LAMBERT**, IWSM

Lucien NOUWYNCK¹

Le réseau dans les brumes du secret partagé :
Quelles balises pour le respect des usagers ?

De quelle manière votre intervention questionne le travail en réseau et la participation des usagers ?

Le travail en réseau implique nécessairement la communication, entre intervenants, d'informations et de documents couverts par le secret professionnel. Cette communication est possible dans le cadre d'un secret professionnel partagé, tel qu'admis par les codes de déontologie. Toutefois, un tel partage du secret n'est autorisé que moyennant le respect de règles strictes :

- ▶ Il n'est possible qu'entre intervenants tenus eux-mêmes au secret professionnel et dont les missions s'inscrivent dans les mêmes objectifs ;
- ▶ Ne peuvent être partagées que les informations qu'il est nécessaire de communiquer dans le cadre du travail en équipe ou en réseau dans l'intérêt de la personne concernée, à l'exclusion des confidences faites spécifiquement à l'un des intervenants ;
- ▶ L'accord de la personne concernée est nécessaire.

Que retenez-vous de la journée, en lien avec votre intervention ?

Deux aspects des règles relatives au secret professionnel partagé paraissent délicates à appliquer : la communauté d'objectifs entre intervenants et l'accord de la personne concernée.

D'une part, il est apparu, notamment au cours du travail de l'atelier n° 6, que de très nombreux intervenants peuvent être amenés à travailler autour de différents aspects de la situation d'une personne. La communauté d'objectifs n'apparaît pas toujours d'évidence. Des objectifs de santé et d'aide peuvent se trouver en concurrence avec des impératifs de gestion, voire des objectifs politiques (les « contrats de sécurité » ont été évoqués).

D'autre part, les associations d'usagers et de proches ont exprimé des frustrations quant au manque d'association des personnes concernées aux décisions qui les concernent, en particulier en matière de communication d'informations.

Que proposez-vous comme pistes de réflexion / de travail ?

Le précepte déontologique du respect inconditionnel de la personne concernée, considérée comme autonome et responsable, doit constamment guider les interventions, et ne peut être mis à mal par des contraintes gestionnaires.

La question de la communauté d'objectifs devrait

aussi être approfondie. Il a été dit que le travail en réseau implique une philosophie commune. Il convient de veiller à ce que ne s'y substitue pas une philosophie dominante.

Jean-Marc VAN GYSEGHEM²

Les patients : usagers ou simples bénéficiaires de droits dans le réseau ?

De quelle manière votre intervention questionne le travail en réseau et la participation des usagers ?

1. Des questions peuvent survenir, dans le domaine médical extrêmement sensible qu'est la psychiatrie, quant à l'application de la loi du 22 août 2002 sur les droits des patients, et ce lorsqu'on se trouve face à des patients fragilisés.
2. La loi fixe des principes assortis d'exceptions pouvant être utilisées tantôt par le praticien, tantôt par le patient. Le professionnel œuvrant en psychiatrie a des moyens pour protéger le patient face à des éléments de son dossier médical, dont la connaissance peut mettre en péril sa santé. La loi peut donc répondre, d'un point de vue juridique, aux conditions particulières d'exercice de la pratique professionnelle dans le domaine de la psychiatrie.
3. Il faut aussi mettre en exergue l'implication du patient dans la relation qu'il noue avec le professionnel, et le psychiatre en particulier. Il est certain que la loi a comme objectif de permettre au patient de s'exprimer pleinement dans le cadre de la relation avec le praticien et de l'impliquer dans les décisions, à moins qu'il n'en soit pas capable.

Que retenez-vous de la journée, en lien avec votre intervention ?

L'atelier 1 : « quand le réseau s'organise... » a mis en évidence la place de plus en plus centrale prise par le patient dans sa prise en charge. Il devient un réel partenaire, avec le risque de voir les pouvoirs publics le rendre responsable

de son propre traitement.

Parallèlement à cela, les praticiens font part de la difficulté de coordonner les différents intervenants et de la crainte de tomber dans une surcharge administrative qui pourrait prendre le pas sur le suivi du patient.

Par ailleurs, la mise en place des réseaux pose un problème de dilution de la responsabilité : Qui portera la responsabilité dans le réseau et dans quelle mesure ?

Les réseaux répondent donc à une demande et rencontrent un bon accueil de la part des praticiens mais génèrent des craintes quant aux aspects administratifs et de responsabilité.

Que proposez-vous comme pistes de réflexion / de travail ?

La réflexion doit se situer à deux niveaux :

- ▶ Le premier est celui des pouvoirs politiques : veiller à ne pas limiter leurs objectifs aux réductions de coûts en matière de santé. Cette démarche risquerait de mettre au second plan le patient, avec des conséquences diverses qui pourraient même être constitutives d'une augmentation des coûts ; par exemple, par un abandon de certains projets de suivis qui apportent une réponse adéquate aux patients, avec une amélioration qui pourrait aller jusqu'à une réduction substantielle de leurs problèmes, voire une perspective de « sevrage de la médecine ».
- ▶ Le second niveau est celui du praticien et des patients - familles. Comment peut-on travailler ensemble malgré nos différences ? Le praticien est le compagnon santé du patient et doit l'intégrer, au maximum de ses possibilités, dans le processus thérapeutique. Le patient ne se trouvera bien que s'il a l'impression d'être écouté et compris. L'information entre praticiens d'une part, et entre praticiens et patients d'autre part, est fondamentale dans la mise en place d'un programme thérapeutique.

Il existe trois niveaux de participation des usagers en santé mentale :

Christine DECANTÈRE³

La participation des usagers :
Que faire pour que ça marche ?⁴

- ▶ Le niveau micro : la relation clinique entre soignant et soigné ;
 - ▶ Le niveau meso : l'environnement direct de l'usager, c'est-à-dire les associations, mouvement « par et pour » les usagers, et les structures de soins (comités d'usagers) ;
 - ▶ Le niveau macro : la politique de santé mentale et la programmation du système de santé.
- Ces niveaux de participation sont interdépendants et les bénéfiques en sont nombreux pour l'usager, à la base de ses choix de vie. L'implication de l'usager consolide notamment la relation de confiance soignant-soigné tout en améliorant la qualité du soin ; elle permet l'entraide entre pairs et valorise l'angle de vue des usagers comme aide à la décision politique.

Mireille TREMBLAY⁵

Prise de parole, citoyenneté
et dialogue démocratique en santé mentale

De quelle manière votre intervention questionne le travail en réseau et la participation des usagers ?

Si au cours des dernières décennies, les personnes ayant un problème de santé mentale ont accompli des progrès importants en matière de reconnaissance et d'exercice de leurs droits civiques et de leurs droits économiques, sociaux et culturels, il reste encore beaucoup à faire pour qu'elles puissent exercer leurs droits politiques. Elles ont trop peu de pouvoir sur leur vie, sur la nature des traitements qu'on leur offre, sur les modalités d'organisation des services qui leur sont destinés, et on néglige leur intérêt et leur volonté d'être des citoyens et des citoyennes engagés socialement et politiquement dans leur communauté. La prise de parole dans leur relation avec les intervenants, au sein de leur communauté et sur la place publique, s'enracine dans un processus d'appropriation des droits, requiert un renversement des rapports historiques de soumission vis-à-vis des intervenants et de l'appareil médical, et se nourrit d'un engagement

croissant au sein de comités et d'associations qui leur permettent d'acquiescer et de développer leurs compétences civiques.

Que retenir-vous de la journée, en lien avec votre intervention ?

Il est encourageant de constater qu'il existe actuellement de nombreuses initiatives qui reconnaissent les droits des personnes, soutiennent leur développement comme leur autonomie et tentent de créer des espaces de convivialité et de dialogue entre les différents acteurs : intervenants, usagers, familles, chercheurs. Ces initiatives sont le berceau des transformations à venir. Elles reposent sur la reconnaissance des différences, du droit à l'altérité tout en s'appuyant sur le principe d'égalité entre tous.

Que proposez-vous comme piste de réflexion / de travail ?

Afin de poursuivre le processus d'émancipation des personnes ayant un problème de santé mentale, on doit créer et maintenir des espaces de dialogue qui interpellent les différents acteurs des réseaux en santé mentale et qui accordent une attention particulière à la parole des usagers. Afin de permettre aux personnes de prendre la parole, on doit encourager leur engagement au sein d'associations et de groupes (comités d'usagers, ASBL), qui leur permettent de mieux comprendre les enjeux en présence, de définir des positions réfléchies collectivement, et de développer leurs compétences civiques : on ne naît pas bon citoyen, on le devient. ●

Retrouvez le développement de ces interventions dans les Actes des Etats généraux de la santé mentale en Wallonie, à paraître au printemps 2009 dans le cahier n° 5 de l'IWSM.

¹ Avocat général près la cour d'appel de Bruxelles.

² Avocat, Chercheur au CRID / FUNDP.

³ Présidente de Psytoyens, Fédération d'associations d'usagers en santé mentale.

⁴ Synthèse IWSM de l'intervention faite en séance.

⁵ Psychologue, Professeur à l'Université du Québec à Montréal, Secrétaire générale de l'Observatoire québécois de la Démocratie.



La prévention du suicide en débat

Le suicide interpelle... En Belgique, environ 2000 belges se suicident chaque année, soit, en moyenne, un peu plus de 5 personnes par jour ! C'est un problème majeur de santé publique ! Le Parlement de la Communauté française l'a bien compris. Le 16 septembre dernier¹, à l'initiative et sur proposition des députés Anne-Marie Corbisier et Marc Elsen (cdH), il a consacré un débat en séance plénière à cette problématique². Un débat qui aboutit aujourd'hui à une proposition de résolution *visant à optimiser les mesures de prévention du suicide en Communauté française*, cosignée par les quatre partis démocratiques³.

Christiane BONTEMPS, IWSM
Christelle SENTERRE, Ecole de santé publique de l'ULB

Le suicide se définit habituellement comme « une mort intentionnelle causée par soi-même » mais la problématique du suicide ne se limite pas à l'acte mortel. Elle concerne aussi d'autres comportements comme la tentative de suicide, les comportements suicidaires indirects et idéations (ou intentions) suicidaires.

Elle touche en outre, inévitablement, les personnes qui gravitent autour des suicidants et suicidaires : les proches, les pairs et tous ceux qui en ont la responsabilité (éducateurs, soignants, etc.). Elle a donc, indirectement, un impact bien plus important que les chiffres que l'on peut avancer dans les statistiques.

L'ampleur du phénomène

En Belgique, le taux de suicide proprement dit est relativement élevé. On ne dispose – hélas – pas de chiffres récents sur la situation dans notre pays, mais en 1997⁴, la Belgique affichait un taux brut de mortalité de près de 20 pour 100.000 habitants alors que le taux standardisé moyen européen s'élevait à 11,1, soit une situation plus dramatique que celle de nos voisins en France (17,5), aux Pays-Bas (9,0) ou au Royaume-Uni (7,6). Des chiffres élevés, pourtant probablement sous-estimés dans la mesure où, par exemple, il n'est pas toujours aisé de se prononcer sur l'intentionnalité de l'acte.

Une problématique complexe

Il n'existe pas un profil-type de personnes suicidaires. Tout au plus peut-on dire, en regard de l'âge par exemple, que ce sont les « personnes âgées » qui se suicident le plus (42,5/100.000 pour les plus de 85 ans et 37,9/100.000 pour la tranche des 75-84 ans) et que le « poids » du suicide en terme de mortalité est plus important chez les « jeunes » (il est la cause de près d'un décès sur 5 chez les jeunes de 15 à 24 ans). Les chiffres montrent aussi, quelle que soit la tranche d'âge, une surmortalité masculine.

Il n'y a pas non plus de circonstances-types qui mènent au suicide. Celui-ci est souvent le résultat d'une conjonction de facteurs, de caractéristiques personnelles, d'éléments extérieurs qui interviennent et interagissent, et peuvent déboucher à un moment donné sur un passage à l'acte. On distingue :

- ▶ les *facteurs prédisposants* qui sont une porte ouverte à la vulnérabilité, comme les antécédents chez la personne ou dans son entourage, les carences affectives, la maladie mentale, etc ;
- ▶ les *facteurs de contribution* qui exacerbent les risques existants, comme la maladie physique, le suicide d'un proche ou l'isolement social ;
- ▶ les *facteurs précipitants*, ces « gouttes qui font déborder le vase » comme une séparation (divorce, deuil, etc), une humiliation, un échec, etc ;

- ▶ et les *facteurs de protection*, qui aident la personne à faire face aux difficultés et peuvent diminuer le risque, comme la bonne estime de soi, le soutien familial ou le support social.

Un problème encore mal perçu

Une enquête réalisée en 2002⁵ montre que, dans notre pays, près d'une personne interrogée⁶ sur cinq a pensé à se suicider au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Parmi celles-ci, 42% n'en ont pas parlé autour d'elles. 10% des personnes interrogées disent avoir au moins une fois attenté à leur vie (2% durant les 12 mois précédant l'enquête) ; une sur cinq en a gardé des lésions physiques (parfois de nature irréversible) et une sur trois dit ne pas avoir été dirigée vers un professionnel de la santé après sa tentative de suicide.

Cette étude met aussi en avant quelques idées préconçues qui continuent à alimenter les représentations sur le suicide : 51% des répondants estiment que « *les tentatives de suicide ont principalement pour but d'attirer l'attention* » ; 45% pensent que « *toute personne qui a eu un jour des idées suicidaires continuera à en avoir toute sa vie* », 45% pensent aussi que « *les personnes qui disent qu'elles vont se suicider passent rarement à l'acte* » et enfin, ils sont 14% à croire que « *le risque qu'une personne ayant raté son suicide réessaye une seconde fois est minime* ».

Mieux vaut prévenir...

Face à l'ampleur du phénomène, une stratégie de prévention est incontournable et face à sa complexité celle-ci ne peut s'envisager qu'en combinant différents niveaux et types d'interventions qui permettent d'approcher les multiples aspects de la problématique.

Tout d'abord, on va distinguer *la prévention universelle* qui vise la population en général, *la prévention sélective* qui s'adresse aux groupes d'individus consi-

dérés à risque (comme par exemple, les personnes âgées isolées ou les policiers) et la *prévention indiquée* qui s'intéresse à la personne suicidaire.

Pour l'Organisation mondiale de la santé⁷ :

- ▶ La prévention du suicide et des tentatives de suicide nécessite *une approche de santé publique*. La charge du suicide est telle que la responsabilité de la prévention doit être assumée par l'ensemble du Gouvernement sous la houlette du Ministère de la santé.
- ▶ Il faut mettre au point des programmes de prévention du suicide qui prévoient des *interventions spécifiques adaptées aux divers groupes à risque* y compris les tâches à confier à tel ou tel secteur (éducation, emploi, affaires sociales, etc.) ; ces programmes devraient par ailleurs faire l'objet d'évaluations.
- ▶ Les *professionnels de la santé*, en particulier dans les services d'urgences, devraient être *formés* pour déceler les risques de suicide de manière efficace et devraient coopérer à titre préventif avec les services de santé mentale.
- ▶ Il faudrait commencer à *sensibiliser* dès que possible les professionnels de la santé, mais aussi le public tant *aux facteurs de risque* qu'aux *facteurs de prévention*.
- ▶ Il importe de *mener des travaux de recherche* axés sur les politiques et l'évaluation des programmes de prévention.
- ▶ Les *médias* devraient être *impliqués* dans les programmes de prévention du suicide et être formés à cette question ; en outre, il faudrait promouvoir le code de conduite de l'OMS sur le traitement du suicide par les médias⁸.

Des priorités à souligner

Chez nous, la prévention du suicide ressort des compétences des différents niveaux de pouvoir et de la responsabilité de différentes catégories d'acteurs. Nombreuses sont les initiatives déjà mises en place en Communauté française et en Région wallonne pour prévenir le suicide mais lorsque l'on interroge les acteurs, on comprend qu'il reste « du pain sur la planche » ! Interrogés dans le cadre de la mission

d'expertise, ils ont souligné une série de priorités :

- ▶ *Reconnaître le suicide comme une problématique complexe* : La problématique du suicide est vaste et elle touche un nombre important de personnes. Elle doit être reconnue socialement comme un réel problème de santé publique. C'est aujourd'hui encore un sujet tabou dont on doit pouvoir parler afin de pouvoir le prendre en charge de manière efficace.
- ▶ *Mieux connaître l'ampleur du problème et l'évolution de la situation* : sur base d'un outil statistique performant et fiable qui fait défaut actuellement et ne permet pas d'évaluer précisément l'état de la situation, les actions mises en place et leur impact.
- ▶ *Valoriser les initiatives existantes et les coordonner dans une stratégie cohérente* : de nombreuses initiatives et actions sont déjà mises en œuvre et pourraient être encouragées et valorisées dans une bonne coordination des acteurs, des secteurs et des politiques.
- ▶ *Promouvoir la santé mentale* : Le suicide correspond généralement à la pointe de l'iceberg, comme pourraient l'être beaucoup d'autres actes transgressifs, occultant le désarroi profond qu'il peut révéler. Favoriser la santé mentale et promouvoir le bien-être participent donc à la prévention du suicide ou de toute autre forme d'expression du mal-être. Il s'agit de promouvoir une approche globale qui ne réduit pas l'individu à son symptôme, mais renvoie à la souffrance que celui-ci révèle.
- ▶ *Agir sur les médias* : Via différents supports, les médias peuvent jouer un rôle considérable sur la connaissance du phénomène et sur « les gestes qui sauvent » mais ils peuvent aussi provoquer un phénomène de reproduction. Parler du suicide, quel que soit le contenu, a un impact sur le public. Une des priorités sera donc de sensibiliser les médias à en parler « peu et bien »... et à veiller à informer sur les ressources à solliciter lorsqu'on est en souffrance.
- ▶ *Lutter contre l'isolement social*, considéré comme un des principaux facteurs de risque ; un apprentissage à faire dès le plus jeune âge et à encourager de façon spécifique pour ceux qui sont plus fragiles : groupe d'entraide, lieu et temps d'écoute, etc.

- ▶ *Intervenir quand un problème se pose* : les tentatives de suicide sont des signes de détresse qui, souvent, entraînent des récurrences. Les prendre en charge en tant que telles et les accompagner de manière adéquate en milieu hospitalier et en dehors participe à la prévention.
- ▶ *Soutenir la formation* : la formation et l'accompagnement des professionnels de première ligne sont essentiels pour garantir la qualité de l'accueil et de l'écoute des personnes en grande souffrance, ou tout simplement pour porter une attention au quotidien aux signes de détresse.

La plupart de ces priorités font l'objet de la *proposition de résolution visant à optimiser les mesures de prévention du suicide en Communauté française de Belgique*⁹, soumise au Parlement de la Communauté française. Celle-ci insiste sur la coordination des politiques et des acteurs, la nécessité de bien connaître le phénomène et les solutions possibles, la valorisation des initiatives existantes, le soutien et la sensibilisation des intervenants, l'accès aux soins, l'information du public, etc. Il y a un engagement politique à prendre mais il y va aussi de la responsabilité de chacun, comme acteur et comme citoyen. ●

¹ Au lendemain de la journée mondiale de prévention du suicide qui se tient chaque année le 10 septembre. En 2008, elle avait pour thème : « La tentation d'en finir des personnes âgées ». Cette question sera abordée dans le prochain dossier de Confluences.

² Sur base d'un rapport d'expertise introductif, préparé par Christiane Bontemps (IWSM) et Christelle Senterre (Ecole de Santé publique de l'ULB) : La prévention du suicide en Communauté française de Belgique, Parlement de la Communauté française, 580 – N°1, session 2007-2008, 22 juillet 2008, accessible sur le site www.pcf.be. Ce rapport d'expertise s'appuie sur le rapport d'étude «Prévention du suicide : Aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique » réalisé par Christelle Senterre, Martine Bantuelle et Alain Levêque en 2006 dans le cadre du programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française de Belgique, disponible sur <http://www.ulb.ac.be/esp/epitraumac>.

³ Déposé au Parlement de la Communauté française par les députés Françoise Bertieaux (MR), Marc Elsen (cdH), Paul Galand (Ecolo) et Jacques Gennin (PS), Parlement de la Communauté française, 620 – N°1, session 2008-2009, 2 décembre 2008, accessible sur le site www.pcf.be.

⁴ Date des dernières données disponibles. Notons que le retard accumulé commence à se résorber : données 1998 et 1999 disponibles au 15.01.09 et données 2000-2004 à suivre.

⁵ Il s'agit d'une étude de population sur les croyances, attitudes et comportements en regard du suicide, menée dans 4 pays dont la Belgique (Santos O., Sermeux G., Anelli M. et al, 2003).

⁶ 2034 belges ont répondu au questionnaire dont 62,4% sont des femmes.

⁷ Conclusions et actions retrascriptes du document EUR/04/5047810/M1 édité par l'OMS en décembre 2004.

⁸ Voir le document intitulé "From the margins to the Mainstream. Putting public health in the spotlight. A Resource for Health Communicators" disponible sur http://www.euro.who.int/document/e82092_1.pdf.

⁹ Voir note 3.



Les « Cyprès » première unité wallonne de pédopsychiatrie légale

Quelles infrastructures accueillent les jeunes atteints d'un trouble psychiatrique ayant commis une infraction ? Jusqu'à présent, ces mineurs à problématiques multiples étaient placés, soit en IPPJ¹, soit en pédopsychiatrie. Après l'expérience pilote concluante du service « Karibu » du Centre Hospitalier Titeca à Bruxelles, c'est au tour de la Wallonie d'accueillir ces jeunes au sein d'une infrastructure adaptée, c'est-à-dire traitant des deux aspects.

L'IWSM a rencontré le Docteur Olivier Pirson, psychiatre, responsable de cette nouvelle unité médico-légale de soins pédopsychiatriques. Baptisée « Les Cyprès », celle-ci est implantée sur le site Petit Bourgogne, de ISoSL² à Liège.

Hélène CARPIAUX, IWSM

*Synthèse d'une rencontre avec **Olivier PIRSON**, Psychiatre aux Cyprès
Entretien réalisé avec **Pascal MINOTTE**, IWSM*

La problématique nous est régulièrement rappelée dans les médias : les faits de violence sont commis par des auteurs de plus en plus jeunes. Un certain nombre de ces jeunes souffrent de troubles psychiatriques et ne trouvent pas de place dans des institutions spécialisées leur offrant un traitement adapté :

- ▶ D'une part, il n'existe pas de service spécialisé pouvant accueillir les adolescents présentant une symptomatologie psychiatrique, et apte à gérer la violence dans un contexte de crise.
- ▶ D'autre part, les IPPJ restent limitées, dans leurs interventions, à une offre de service éducative généraliste.

Il y a donc une inadéquation de certaines mesures prises à l'encontre d'adolescents présentant des troubles psychiatriques sévères.

Face à ce double constat, le Gouvernement fédéral a pris la décision en 2002 de lancer cinq unités de huit lits For K ou UTI - *Unité de Traitement Intensif* : deux en Flandre, deux en Wallonie³ et une à Bruxelles.

Depuis septembre, et après la première expérience - positive - du service Karibu de Titeca à

Bruxelles et des unités de Geel et d'Anvers, la toute première unité médico-légale de soins pédopsychiatriques en Région wallonne a été inaugurée dans une nouvelle aile du site Petit Bourgogne de ISoSL à Liège.

« Les Cyprès » accueille ainsi huit jeunes de 15 à 18 ans, filles et garçons, souffrant de troubles psychiatriques et ayant commis un fait qualifié infraction par la justice, pour autant qu'une prise en charge médico-psychiatrique soit indiquée.

C'est un juge de la jeunesse qui prend la décision de placer le jeune aux Cyprès, sur base d'un avis argumenté d'un psychiatre. La durée maximale du séjour est de six mois, renouvelable une fois.

Complémentarité de soins

Pour compléter l'offre de soins proposée par Karibu, exclusivement réservée aux garçons de 15 à 18 ans, « Les Cyprès » s'adresse à un public mixte, et exclut par conséquent les jeunes ayant commis un fait qualifié infraction à caractè-

rière sexuel. Les critères d'inclusion exigent que le jeune présente des troubles psychopathologiques appartenant à la sphère des psychoses non induites par des substances et/ou des troubles de l'humeur. C'est donc la logique de complémentarité de soins qui sous-tend l'organisation de ces unités pédopsychiatriques, tout en sachant que dès que cela est possible la logique territoriale s'applique, propice à une réinsertion en milieu de vie après l'hospitalisation⁴.

Objectif : (re)socialisation

Le service « Les Cyprès » est doté d'un système interne d'alarme et de monitoring. Outre les huit chambres individuelles, il dispose de locaux d'accueil et de consultation. « *Et offre l'équipement nécessaire pour les médecins psychiatres et pédopsychiatres, les psychologues, les infirmiers, les paramédicaux, les travailleurs sociaux et pour l'organisation des activités thérapeutiques individuelles*⁵. L'objectif principal, la (re) socialisation du jeune, implique un progressif assouplissement des mesures d'écartement de la société. Nous ne pouvons donc envisager un caractère exclusivement fermé. Cependant, une possibilité de contrainte doit être envisageable », explique Olivier Pirson.

Un dispositif conçu dans une optique de protection et d'aide à la jeunesse. « *L'adolescence est une période de bouillonnement et de bouleversements physiques, affectifs, intellectuels et psychiques. Déstabilisés, sans plus de repères, certains d'entre eux n'arrivent pas à éviter le registre de l'Agir, symptôme de leur malaise et de leur souffrance. Celui-ci s'exprime souvent par des actes de violence sur eux-mêmes (davantage chez les filles) et/ou sur les autres. A fortiori, les jeunes que nous recevons sont des polytraumatisés de la vie. Ils ont été abîmés par une histoire délétère, que ce soit au niveau*

psychique, relationnel, familial, scolaire, social, de l'estime de soi, ... Il s'agit donc de développer un cadre contenant, de protection et d'aide ».

« Dire ses peurs plutôt que faire peur »

Le projet thérapeutique mobilise une équipe d'encadrement pluridisciplinaire de seize équivalents temps plein. L'accent est mis sur la complémentarité.

Deux enjeux indissociables s'intriquent dans le dispositif de prise en charge : l'enjeu médico-psychologique et l'enjeu socio-éducatif. Il s'agit de co-construire un projet de (re)socialisation individualisé et de permettre au jeune de se l'approprier et de le concrétiser.

La prise en charge thérapeutique se réfère essentiellement aux modèles psychodynamique et systémique.

Une concertation permanente tant avec la famille et les structures du réseau qu'avec la Justice est incontournable.

« On accorde une place primordiale à la parole, insiste Olivier Pirson. L'objectif du projet thérapeutique est de passer de l'acte à la parole. L'idée est de faire dire au patient ses peurs plutôt que de faire peur à l'autre. La parole a un poids et peut suffire. Notre maître mot : la cohérence. Les décisions sont prises en équipe ».

Souvent, les familles sont très déstructurées. La famille se désinvestit dans la relation au jeune et l'adolescent fait une croix dessus. « Mais il n'y a rien à faire, si on envisage une resocialisation, le jeune ne peut y arriver seul. Un frère, une sœur, les parents ou la famille d'accueil peuvent jouer un rôle favorable dans ce sens. Le principe est d'amener des ressources dans le tissu familial pour l'aider à se sortir de l'impasse ».

Parallèlement au travail thérapeutique mené au sein de l'établissement, une équipe d'Outreaching, service pédopsychiatrique mobile d'intervention, a également été créée. Elle veille à la trajectoire de soins des délinquants juvéniles

souffrant de problèmes psychiatriques, en aval pour assurer l'après traitement aux Cyprès et écourter la durée du séjour, ou en amont, pour amener les jeunes en difficultés à se faire aider. Le service s'adresse aux jeunes issus de familles qui ne sont pas encore prêtes à se déplacer en consultation dite « classique ». Il leur propose une alternative à l'hospitalisation psychiatrique. Il s'agit d'une aide thérapeutique dans le milieu de vie du jeune, avec pour objectif de favoriser l'émergence d'une demande propre à la famille et/ou à ses membres et de leur apprendre à oser se servir des services psycho-médico-sociaux dont le recours spontané reste encore trop peu fréquent.

Si ce système a le mérite d'exister, pointons toutefois un écueil : les cas de troubles du comportement sont nombreux et il manque de places dans les services généralistes pour les jeunes qui n'ont pas commis de faits qualifiés infraction. Dès lors, soulignons le paradoxe du système⁶. Ainsi pour que des jeunes traumatisés dès l'enfance puissent avoir accès aux soins, ils doivent avoir commis un délit, ce qui pose question. ●

Les Cyprès

ISoSL - Site du Petit Bourgogne

✉ Rue Professeur Mahain 84

4000 Liège

☎ 04/254.79.92

✉ salle051@isosl.be

🌐 www.isosl.be

Agir dans l'intérêt du jeune

Allô ? Ici l'IPPJ de Fraipont.

Maxime, 16 ans, a été placé chez nous pour destruction de voitures.

Délinquant et halluciné, il s'est fabriqué une arme artisanale.

Nous ne sommes pas équipés pour faire face à ce type de problématique.

Pourriez-vous le prendre en charge ?

« Il n'est pas rare qu'un établissement de soins se voit dépassé par les comportements délinquants d'un patient. A présent, nous pouvons prendre en charge ce jeune », s'enthousiasme le responsable des Cyprès, Olivier Pirson.

Il est important de rappeler que ces jeunes ont souvent connu un parcours lourd, fait de maltraitance, d'abandon, d'échecs, et ce, bien avant qu'ils ne commettent leur premier délit. A ce parcours s'ajoute la période de l'adolescence : « le jeune se trouve dans une période de bouleversements à tous niveaux (physiques, affectifs, intellectuels et psychiques), de crise, d'ouverture à tous les possibles. Il nous paraît fondamental de ne pas l'enfermer dans un diagnostic, à l'heure où rien n'est définitif. Etablir celui-ci tient d'ailleurs de la gageure, souligne Olivier Pirson. Dans le cadre de ce projet-pilote, nous nous situons à la croisée de deux modes de pensée et d'action différents, le juridique et le médical. Il s'agit de les articuler dans l'intérêt du jeune patient ».

¹ Institutions Publiques de Protection de la Jeunesse.

² Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège.

³ La deuxième unité wallonne de soins sera implantée à Tournai sur le site du CHP Les Maronniers et devrait ouvrir ses portes le 2 janvier 2009.

⁴ Entre autre grâce à l'appui de l'équipe d'Outreaching.

⁵ Dossier de presse; précision de Maggy Yerna, présidente de l'ISoSL.

⁶ Le caractère ambigu du système des unités For K a été souligné par les participants aux Journées d'automne de l'Aide à la Jeunesse qui se sont déroulées à La Marlagne à Wépion ces 18 et 19 septembre derniers. Cfr «Un accueil spécifique pour les mineurs délinquants porteurs de troubles mentaux ».



La diversité en santé mentale : une opportunité pour le dialogue interculturel

C'était le thème de la dernière conférence organisée par Santé Mentale Europe¹. Dans le cadre de *l'année du dialogue interculturel*, professionnels et usagers de différents pays européens se sont retrouvés cet été au Danemark pour échanger sur leurs pratiques, pointer les nouvelles initiatives et illustrer très concrètement leurs approches.

L'objectif : apporter des éléments d'éclairage sur la dimension interculturelle aujourd'hui en santé mentale et exposer les orientations actuelles des politiques européennes en matière de santé mentale et d'inclusion sociale.

Une vraie expérience interculturelle en soi ! L'IWSM y était ...

Isabelle DELIEGE
IWSM

L'interculturalité en santé mentale

La question de l'exil, travaillée dans le dossier de ce numéro de *Confluences*, met en évidence l'importance de la dimension interculturelle dans l'approche des soins en santé mentale.

Pour *Santé Mentale Europe*, la diversité en santé mentale est une opportunité pour le dialogue interculturel. En effet, les nouveaux challenges liés à la globalisation et les changements sociaux en cours mènent à un accroissement de la diversité au sein de nos sociétés européennes. Chacun des pays cherche de nouvelles manières de s'assurer que ses dispositifs institutionnels et structurels proposent des solutions (accueil, aide sociale, santé et bien-être physique et mental, ...) et offrent des chances égales à l'ensemble de la population. Un aspect central de ce processus réside dans le développement et le renforcement de la santé mentale des citoyens. « La diversité culturelle ne peut-elle pas suggérer des pistes à ce niveau ? », telle était la question centrale du colloque.

A l'appui : visites et rencontres entre associations comme celles qui ont eu lieu entre l'association Danoise SIND (qui accueillait l'événement) et « Santé Mentale Ouganda » ; elles témoignent de l'importance du respect pour le contexte de chacun dans

les échanges. Ce principe peut tant s'appliquer au niveau collectif de la culture d'un pays qu'au niveau individuel de la rencontre singulière avec l'autre en souffrance psychique. La culture devient en ce sens un outil qui peut promouvoir la santé mentale. Dans ce domaine, l'estime de soi et le sentiment d'être entendu ou écouté sont primordiaux, tout comme dans les rapports interculturels.

Participer à cette conférence, avec des professionnels européens s'exprimant chacun dans leur langue, constitue déjà une expérience interculturelle en soi. Que ce soit dans le cadre des travaux en ateliers relatant les expériences anglaises, danoises, espagnoles, finlandaises ou dans le cadre de visites d'institutions danoises comme un centre de réhabilitation pour personnes souffrant de maladie mentale (club house), basé sur le modèle américain des « Fountain House », un centre d'information psychiatrique ou un atelier de musico-thérapie en hôpital psychiatrique.

Compréhension interculturelle

Le Professeur Hans Gullestrup (Université d'Aalborg) souligne combien la compréhension interculturelle est importante pour saisir signes et signaux, se faire comprendre et comprendre les autres. Toute réalité est toujours perçue et interprétée à travers le filtre de notre propre culture : « cultures nationales » bien

évidemment mais aussi d'autres cultures comme les « cultures professionnelles », par exemple celle des intervenants en santé mentale.

Chaque culture est relative (elle n'est qu'une parmi d'autres). Elle influence la manière dont on perçoit la réalité. Elle influence aussi la manière dont on pense, croit, se comporte, dont on évalue le bien et le mal et dont on perçoit ce que les autres pensent, croient, etc.

Cet intervenant souligne ainsi l'influence de la culture sur la manière dont on définit et reconnaît les problèmes pertinents pour une société ainsi que les savoirs et les compétences nécessaires pour y répondre. Ce qui signifie qu'on n'investigue pas nécessairement l'ensemble des problèmes et des solutions possibles... une lacune qui peut être comblée via des échanges interculturels.

On imagine donc aisément que les cultures (qu'elles soient nationales, professionnelles ou autres) jouent un rôle essentiel dans la manière de considérer et de prendre en charge la santé mentale, notamment dans les rapports entre professionnels et usagers de services en santé mentale. Comme le soulignait un intervenant : « *le problème se pose quand nous, professionnels, essayons d'imposer nos solutions aux patients* », pointant le manque de curiosité pour la réalité de l'autre qui peut parfois exister en psychiatrie.

Illustration : un forum pour les personnes âgées des minorités ethniques en Ecosse

Il s'agit d'une initiative visant à connaître les besoins en santé mentale des personnes âgées issues des minorités noires et ethniques² dans la ville de Glasgow où les personnes d'origine chinoise, hindoue, musulmane et sikhe représentent 5,5% de la population. Le but du projet était de faire entendre

la voix des personnes concernées en mettant en lien le forum BME³ avec d'autres groupes, mais aussi de travailler en partenariat pour pouvoir mieux « adresser » les besoins de cette minorité.

Concrètement, les membres de l'Association pour la Santé Mentale de Glasgow, porteuse du projet, ont commencé par des entretiens individuels, pour ensuite mettre sur pied sept *focus groups* avec des personnes âgées de ces communautés. Ce programme s'inscrivait dans le cadre de leurs activités de développement communautaire et était financé par le service de santé national écossais. Au Royaume-Uni, il est en effet courant de s'interroger et d'évaluer si les programmes socio-sanitaires prévus pour l'ensemble de la population touchent bien les minorités ethniques.

L'intérêt principal de cette initiative consiste, d'après nous, dans la démarche d'« aller à la rencontre » de ce public, dont les besoins sont peu connus, pour les interroger sur la manière de les orienter au mieux.

Concrètement, le dispositif a été mis en œuvre en respectant quelques grandes règles qui mettent les spécificités et les besoins du public-cible au cœur de la démarche.

Par exemple, les jours et les horaires des rencontres ont été décidés avec eux et en fonction d'eux. Cela semble si évident, et pourtant... combien de fois ne proposons-nous pas des plages horaires, laissant le soin à l'utilisateur de « prendre ou laisser » ?

Le dispositif prévoyait aussi de créer des moments et des lieux de convivialité entre participants, pour susciter la création de relations informelles, par exemple prendre un repas ensemble, avec de la nourriture « culturellement adaptée » au public. La présence d'interprètes était assurée et un transport était proposé si le déplacement constituait un problème.

Au niveau du processus, les organisateurs se sont aussi mis d'accord avec les participants sur les grands principes de base régissant le fonctionnement et les échanges au niveau du groupe, comme le respect et l'écoute mutuelle.

Parmi les résultats de l'initiative, pointons l'amélioration

Santé Mentale Europe

Santé Mentale Europe est une organisation internationale sans but lucratif. C'est une ONG européenne et une organisation représentant des associations et des organisations actives dans le domaine de la santé mentale au niveau local, national, régional et européen. Elle compte actuellement 67 organisations membres issues de 30 pays européens (dont l'Institut Wallon pour la Santé Mentale) et 72 membres individuels.

Elle est en relation étroite avec différents organes au niveau Européen : SME bénéficie notamment du statut participatif auprès du Conseil de l'Europe, elle a une fonction de liaison pour la promotion de la santé mentale auprès de la Commission européenne et elle entretient des relations officielles avec le bureau régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Position : Santé Mentale Europe estime que la charge causée aux personnes, aux familles et à la société par la maladie mentale est trop lourde et que la stigmatisation et les tabous sont trop importants pour confier le développement de la santé mentale uniquement aux politiciens et aux professionnels. Santé Mentale Europe soutient l'émancipation de différents groupes dans le domaine de la santé mentale afin d'établir une égalité entre les différentes parties et pour garantir que les activités et les soins en matière de santé mentale répondent réellement aux besoins de la population.

Activités : SME développe différentes activités auxquelles ses membres (et les membres de ses membres) peuvent s'associer :

- ▶ développer des recommandations politiques et stratégiques sur les questions liées à la santé mentale ;
- ▶ initier des projets européens dans lesquels les organisations membres peuvent s'investir ;
- ▶ offrir une structure et un soutien à la recherche d'organisations partenaires pour la collaboration et l'échange de connaissances et d'expertises ainsi que pour l'identification et la diffusion des bonnes pratiques ;
- ▶ SME a créé des comités qui travaillent sur les questions de santé mentale propres aux femmes, à la migration et aux groupes minoritaires, et aux droits de l'homme ;

De manière générale, SME constitue un forum d'échange et d'information sur les politiques sanitaires et sociales pertinentes dans le domaine de la santé mentale et du bien-être.

Mental Health Europe - Santé Mentale Europe aishl
✉ Bd Clovis 7B-1000 Bruxelles ☎ +32 2 280 04 68 📠 +32 2 280 16 04
📧 info@mhe-sme.org 🌐 www.mhe-sme.org

ration de l'accès de ce public aux services de jour, aux thérapies complémentaires, la traduction en différentes langues du guide des services auxquels ont droit les aînés, etc... ●

¹ "Diversity in Mental Health Mental And Wellbeing – An opportunity for Intercultural Dialogue", Mental Health Europe Conference, 7-9 août 2008, Aalborg, Danemark.

² Black and Minority Ethnic, connues aux Royaumes Unis comme « BME ».

³ Voir note 2 ci-dessus.

Pour en savoir plus

- ▶ Sur le colloque Santé Mentale Europe: <http://www.mhe-aalborg.dk/>
- ▶ Sur le projet écossais BME :
📧 k.langmead@gamh.org.uk.



Dépression et Exclusion sociale

L'exclusion sociale est une problématique qu'il n'est plus possible de taire aujourd'hui. Depuis les années 80, on observe un accroissement majeur de la souffrance psychique d'origine sociale, et ce, en regard des changements structurels de notre société vouée à l'éthique de l'ultra libéralisme... Une société vouée à la précarité ?

Le 9 octobre dernier, la 4^{ème} édition de l'European Depression Day (EDD) en Wallonie s'est intéressée à ces questions, en collaboration avec la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale.

Focus sur quelques-unes des idées développées lors de cette rencontre¹.

Annick APPART, Psychiatre

Chef du service psychiatrique de la Clinique St-Luc à Namur (Bouge)

Didier DE VLEESCHOUWER, Sociologue

Coordinateur de la PFNCSM

La dépression ne peut plus être considérée uniquement comme une maladie psychique, voire psychiatrique, pure ; elle est aussi l'expression d'une souffrance psychosociale (dans ses fondements et sa résultante). La lecture en est plurielle.

Au cours de la **journée EDD**, le thème « **Dépression et Exclusion sociale** » a été abordé autour de trois axes :

- ▶ Le **monde du travail** en prise directe avec la culture de la performance, sous l'éclairage du psychiatre Patrick Mesters, spécialiste du burn-out ;
- ▶ Les **traumatismes de l'exil**, avec la lecture de l'ethnopsychiatre Philippe Woitchik ;
- ▶ Les **nouvelles dépendances** avec les lumières précieuses du psychothérapeute Serge Minet.

Pour introduire la journée, le psychiatre Charles Burquel a fait référence aux projets du Méridien (Bruxelles) autour de l'exclusion sociale et, pour conclure, Jean-Michel Longneaux (FUNDP) et Lambros Couloubaritsis (ULB), tous deux philosophes, ont posé un regard critique sur des pratiques professionnelles développées à ce propos dans le champ de la santé mentale.

Revisiter la notion de santé mentale

Il ressort de ce colloque que s'en tenir à une définition idéalisée, édulcorée et normative de la santé mentale n'est pas sans effets... Cela reviendrait à participer de façon active à une proposition de soins excluante pour bon nombre de sujets et dès lors à consacrer leur exclusion. Une relecture en termes réalistes de la notion de santé mentale s'impose.

Dans son ouvrage « Malaise dans la culture », Freud faisait déjà référence à la souffrance psychique d'origine sociale. Celle-ci occupe d'une façon croissante le devant de la scène de notre modernité ; d'abord pour nous, par le malaise des intervenants dans le travail social et psychique.

Pour répondre à cette souffrance, Jean Furtos nous propose de laisser de côté « *une santé mentale absolument bonne et son ambition d'un bien-être complet* ». Il nous invite à mettre en place des « *politiques de Santé Mentale qui visent des pratiques soutenues par le souci de promouvoir et de maintenir cette capacité de vivre ensemble et avec soi-même dans une perspective de santé mentale positive... (qu'il définit) par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte* ». Les politiques de Santé Mentale que Furtos

appelle de ses vœux « *visent évidemment à éviter le syndrome d'auto-exclusion ou à le rendre réversible* »².

Réseau et urgence psychosociale

Et comme le souligne Patrick Declerck³, il y a, nul ne le conteste, une population « *non directement demandeuse* », en grande souffrance, vers qui il faut aller ; une angoisse pour les professionnels face à certaines situations auxquelles il faut apporter des réponses. Pour tenter d'y voir plus clair et dégager des pistes d'action en matière de dispositifs d'aide sociale, psychologique et médicale qui répondent aux besoins réels des usagers, la Plate-Forme namuroise s'est fixé comme priorité de mener une concertation, avec son groupe « adultes », autour de ces situations difficiles à la croisée des pratiques du social et de la santé mentale. Ce travail se fait en collaboration avec la ville de Namur.

Si une urgence existe en la matière, c'est celle du travail en réseau. Le réseau permet au sujet, dans le sens où il est reconnu dans sa subjectivité, de reprendre une inscription sociale. Cela sous-entend que les acteurs de 1^{ère} et 2^{ème} lignes du champ de la santé mentale et de l'aide sociale puissent se concerter pour créer de nouveaux dispositifs de soins au maillage souple. La portée de ces dispositifs n'est pas l'exigence d'une réinsertion sociale « rapide et à tout prix » (vouée à l'échec) mais la réexpérimentation positive du lien social pour des sujets précarisés socialement et psychologiquement. Cette expérience peut alors servir de support structurant sur lequel s'ancre une réinsertion sociale nécessairement lente. ●

¹ Les auteurs de ce billet sont les coordinateurs de la manifestation en Wallonie.

² In : Colloque de la Ligue Bruxelloise de Santé Mentale « Jusqu'ici tout va bien », Bruxelles, mai 2007.

³ Declerck P., « Les Naufragés. Avec les clochards de Paris », Paris, Terre Humaine, Plon, 2001, ou, dans un langage encore plus direct : « Le sang nouveau est arrivé, l'horreur SDF », Paris, Galilard, 2005.



Grandir avec des écrans dans la tête

Serge Tisseron écrit depuis de nombreuses années sur la place importante prise par l'image et les médias modernes dans la vie des enfants et des adolescents. Nous avons eu l'occasion d'évoquer son combat contre les télévisions pour bébés dans le Confluences sur « le temps de l'enfant »¹. Le jeudi 18 septembre, une conférence organisée par Yapaka au théâtre 140 lui a permis de présenter les dernières évolutions de son travail.

Pascal Minotte, IWSM

Le propos de Tisseron n'est pas de plaider contre la T.V. ou contre les jeux vidéo, mais plutôt de réfléchir à leurs bons usages. Son propos est sans détour : *Il faut faire interdire les chaînes spécialisées qui dédient leurs programmes aux moins de trois ans et informer les parents sur les « dangers » qu'elles comportent.* Les écrans ne peuvent répondre aux besoins spécifiques des bébés. Loin d'être une activité « neutre » qui viendrait juste interrompre un court moment le décours d'activités plus adaptées, la télévision captive et détourne, laissant souvent l'enfant en désarroi².

La question qui se pose au clinicien porte sur les conséquences de cette relation précoce aux écrans. Tisseron évoque quelques pistes, notamment dans la relation à l'autre... Il s'intéresse également à la place des écrans dans l'économie psychique. Plus ceux-ci seront utilisés précocement, plus ils s'y installeront profondément et durablement, par exemple, comme seule source intéressante d'excitation, au détriment des expériences du « réel » parfois décevantes ou simplement plus fades. Ou encore, comme remède puissant et chronophage aux angoisses d'abandons, massives dans la petite enfance et à l'adolescence. Enfin, comme outil complaisant dans

Qui a peur des jeux vidéo ? – La famille face à une révolution Serge TISSERON avec la collaboration de Isabelle GRAVILLON Paris, Albin Michel, Octobre 2008.

Un ouvrage récent qui s'adresse aussi bien aux parents qu'aux professionnels, de plus en plus confrontés à la consommation importante que font leurs puînés des jeux vidéo. Les termes d'addiction ou de dépendance y sont souvent accolés, les assimilant ainsi à un toxique au pouvoir addictogène puissant. Peut-on comparer Internet ou les jeux vidéo à des drogues ?⁴

Tout d'abord, les auteurs rappellent que les jeux vidéo ne sont pas une maladie, mais bien une nouvelle donne sociale qui présente aussi des aspects positifs. La grande majorité des jeunes en ont une consommation non problématique et leur sens critique est souvent bien plus aiguisé que ne peuvent le penser leurs parents. De plus, des phases de consommation importantes, transitoires, vont parfois les aider à traverser des moments difficiles.

Cependant, relèvent les auteurs, tous ne sont pas égaux devant les écrans. « *Les consoles de jeux sont en effet des machines bien particulières, qui ont le pouvoir d'inviter chacun à revivre ses interactions précoces, pour le meilleur... ou pour le pire* » (p.20).

Il faut néanmoins voir les choses en face : insister sur les méfaits des jeux vidéo reviendrait à se trouver des boucs émissaires très pratiques ! (p.27) Beaucoup de jeunes « accros aux jeux » appartiennent à des familles dans lesquelles on a rarement pris le temps de se parler... Doit-on vraiment se focaliser sur leur soi-disant « dépendance » ?

C'est pourquoi Tisseron en appelle à l'implication des parents : cadrer et accompagner ; placer des balises, mais aussi se montrer curieux et positifs par rapport aux expériences gratifiantes que pourra vivre le jeune durant ses parties. L'attention que nous portons aux pratiques ludiques de nos enfants est le seul moyen de ne pas perdre contact avec eux dans un monde en évolution rapide. Bien sûr, beaucoup de parents aimeraient que les pouvoirs publics – et des experts remboursés par la Sécurité sociale ! – règlent à leur place les errances provoquées chez leurs rejetons par les nouvelles fascinations technologiques. Mais ce choix, confortable à court terme, s'avèrerait catastrophique à long terme. Il équivaudrait à déléguer encore plus les tâches parentales, au risque de médicaliser complètement l'adolescence (p.150).

la construction de l'estime de soi, tellement fragile à ces âges et pourtant malmenée par les nouvelles donnes familiales et sociétales.

Relayons, en guise de ponctuation, le message simple et réaliste de Tisseron : commencer « tard » est le seul moyen de pouvoir utiliser de façon adaptée les « écrans » (« règle » des 3-6-9)³. C'est à ce prix que la télévision, les jeux vidéo et l'Internet pourront par-

ticiper au processus d'apprentissage et de socialisation pour l'adulte en devenir. ●

¹ Confluences N° 18 – décembre 2007 - p.44-45.

² Voir le « temps d'arrêt lectures » écrit par Tisseron : « les dangers de la télé pour les bébés », disponible sur : <http://www.yapaka.be/professionnels/publication/les-dangers-de-la-tele-pour-les-bebes-serge-tisseron>

³ Pour faire court : pas de programme télé pour l'enfant avant 3 ans, pas de jeux vidéo avant 6 ans et pas d'Internet sans accompagnement avant 9 ans.

⁴ À ce sujet, l'IWSM réalise actuellement un travail de synthèse sur la question des utilisations problématiques des T.I.C. (Technologie de l'Information et de la Communication).



Après les images... le débat

Des informations sur plus de 800 films du champ psycho-social disponibles sur simple clic sur www.psymages.be. L'asbl qui a vu le jour sous l'impulsion de l'Equipe asbl, la Médiathèque, la Fondation Julie Renson, la LBFMS¹ et la LWSM² fête ses 10 ans. Son but : démystifier la maladie mentale, trop vite assimilée à l'image du « fou ». Son nouveau défi : initier des débats de réflexion.

Rencontre avec **Martine LOMBAERS**,
Coordinatrice de Psymages

Une interview réalisée par **Hélène CARPIAUX**, IWSM

Quel bilan à l'occasion des 10 ans de Psymages?

Dix ans déjà que Psymages se plonge au cœur des représentations de la maladie et de la santé mentale. Fictions, documentaires, films institutionnels ou d'ateliers, reportages, ..., autant de visages, de témoignages et de points de vue différents illustrant l'évolution de la pensée et des pratiques en santé mentale.

Depuis sa naissance, le cinéma s'intéresse à l'humain, à ses comportements, à ses souffrances psychiques, mais aussi à la figure du fou... Tendresse ou peur, langage populaire ou catégories médicales, ouverture ou stigmatisation et exclusion, etc., quelles sont les images de la personne en souffrance, et quelle image en donner ?

S'agissant d'identifier le « patrimoine audiovisuel en Santé Mentale », la première mission de Psymages fut de créer une base de données de films conçue comme outil de documentation, de formation et de réflexion, accessible sur www.psymages.be. Aujourd'hui, elle est opérationnelle et gérée par la Médiathèque. Elle répertorie 800 films, au départ des archives de la Médiathèque, de la RTBF et du CNASM³.

Vous êtes un peu la médiathèque des psys ?

Oui, si on veut mais pas uniquement des psys puisque le répertoire relève du champ psycho-social. On peut encoder des mots comme « précarité » ou « périnatalité ». La base de données, c'est l'idée de départ mais au fil

de son histoire, Psymages a développé des activités complémentaires avec son festival « Images Mentales ». Et dernièrement, les entretiens filmés « Mémoires de psys », témoignages des aînés à transmettre aux jeunes générations comme outil de formation⁴.

Votre Festival « Images Mentales » en octobre a attiré plus de 250 participants. Quel était l'objectif ?

Depuis 1998, les festivals⁵ se sont attachés à présenter d'une autre manière la personne en souffrance, loin des clichés de scènes de psychose spectaculaires ou de scènes mythiques de certains artistes. Psymages veut creuser d'autres facettes, celles d'auteurs avec une vision personnelle de la problématique, ou celles d'institutions vivant la santé mentale de l'intérieur. On se situe dans un rapport plus étroit avec le sujet, en quête de véracité, un peu à la manière de Laurence Kirsch⁶ qui filme son papa atteint de schizophrénie ou du cinéma de Fernand Deligny⁷ qui filme des autistes de très près.

Le premier objectif d'« Images Mentales » est d'offrir aux ateliers vidéo en santé mentale un espace accueillant où présenter leur film sur grand écran. Ce n'est pas tout de produire un film, il faut pouvoir affronter le regard du public. Parfois du maquillage ou un chapeau permet à l'usager en santé mentale d'avoir une autre image de lui pour oser se laisser filmer. Et si le film devient un outil thérapeutique, tant mieux! Du point de vue de la démarche, le prin-

cipe est de diffuser des films réalisés « avec », et non « sur » des personnes en souffrance. Le festival permet aussi la rencontre : voir ce qui se fait ailleurs, dynamise l'atelier.

Le deuxième objectif est notre rôle d'interface de communication et de déstigmatisation en proposant d'autres images de la santé mentale que celles véhiculées par les médias, souvent celle du « fou qui fait peur ». On invite le public à se dire : « on ne vient pas voir un film de malade mais d'auteur ».

Quels sont vos projets ?

Plusieurs personnes viennent de rejoindre Psymages à titre individuel, ce qui donne une nouvelle dynamique. Un psy a lancé l'idée de soirées de lectures psychanalytiques à partir de fictions comme « Vol au-dessus d'un nid de coucou » ou de films de François Truffaut. Un autre propose un espace de discussion pour jeunes du secteur psychosocial. On va, de toute façon, initier maintenant une phase de réflexion sur ce qu'est une image en santé mentale : formation, débat autour d'un film ou colloque. Et bien sûr, on projette de présenter nos entretiens « Mémoire de psys » en Wallonie avec l'IWSM, en présence des personnalités interviewées. ●

Psymages asbl

✉ Rue de Veeweyde 60 - 1070 Bruxelles

☎ 02/737.19.29 (La Médiathèque)

✉ psymages@equipe.be

🌐 www.psymages.be

¹ La Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale.

² La Ligue Wallonne pour la Santé Mentale, mandat repris, depuis 2003, par l'IWSM.

³ Centre National Audiovisuel en Santé Mentale (France).

⁴ S. Hirsch (Voir Confluences n°20, p.11), L. Cassiers, E. Meurice et M. Roelandt (Confluences n°19, p.10) et N. Dopchie (Confluences n°16, p.16).

⁵ « Images des uns, regards des autres » avec la LWSM en 98 à Namur, « Cinémasile » en 2004 avec Le Nova et l'Autre Lieu et « Images Mentales » en 2006 et 2008 avec la LBFMS.

⁶ « Présence silencieuse » de Laurence Kirsch, 59 minutes, France 2005, Clé d'or 2006 au Festival Ciné Vidéo Psy de Lorquin.

⁷ « Le Moindre geste » de Fernand Deligny, Josée Manenti et Jean-Pierre Daniel, N/B, 95 min, France, 1962-1971. Disponible en DVD : éditions Montparnasse, coll. Le geste cinématographique (2007).

Exils et appartenances

Notre monde devient de plus en plus multiculturel, avec pour caractéristique une multiplicité de codes et de référents identitaires. Cette évolution démographique de nos sociétés occidentales a, et aura de plus en plus, une influence sur nos pratiques. Ce dossier illustre cette réalité et quelques initiatives et dispositifs mis en place en Belgique francophone.

L'expérience vécue par les primo-arrivants se caractérise par des préoccupations journalières liées à la migration (apprentissage d'une langue, recherche d'un habitat, obtention d'un travail, scolarité et formation, démarches administratives, soucis financiers, problèmes relationnels, désillusions, etc.). Certains ont aussi des préoccupations liées au passé (guerre, prison, torture, perte de statut social, de maison, de proches, traumatismes, etc).

Les demandeurs d'asile, en particulier, rencontrent des préoccupations liées à la procédure d'asile ou de régularisation de séjour.

Nombre d'entre eux, pourtant, ne consultent pas... Non pas, semble-t-il, à cause de la culture ou de la religion, mais bien en raison de l'incapacité du système de soins à faire face à la diversité culturelle, religieuse, et linguistique. Au près de ce public, les thérapies classiques sont souvent décevantes. Elles ne prennent pas toujours bien en compte l'influence des événements collectifs dans le fonctionnement psychique et, souvent, soignants et patients ne partagent pas les mêmes représentations de la santé et de la maladie. Aller à la rencontre de cette population nous oblige donc à modifier nos cadres habituels d'intervention : intégrer la dimension socioculturelle, travailler avec interprète, rédiger des rapports médico-psy, ... La clinique avec le public des réfugiés est une clinique du deuil, du trauma et de la précarité à laquelle s'ajoute un incontournable travail en réseau avec les services sociaux, juridiques, d'alphabétisation, de formation, ...

Accueillir l'autre, dans sa différence, renvoie d'abord à notre propre étrangeté. Cette pratique montre, ensuite, combien l'approche clinique, toujours singulière, s'inscrit nécessairement dans un contexte social, dans ses rapports avec le collectif, avec une articulation entre les champs cliniques, psycho-anthropologiques, sociaux, mais aussi politiques. Devant l'étrangeté des symptômes, devant les traumatismes graves résultant de la guerre ou du génocide, devant l'exclusion sociale dont souffrent les sans papiers menacés de déportation hors du territoire belge, nos représentations en tant que professionnels sont mises en question.

Une caractéristique de la migration, c'est la rupture des étayages (identitaires, culturels, familiaux, matériels, et sociaux). La clinique transculturelle, ou ethnopsychiatrie, tient compte de la rupture et de l'altérité culturelle du patient, entre autres par l'emploi de la langue du patient. En référence à la notion d'espace transitionnel développée par Winnicott, cette clinique maintient un sentiment de continuité entre l'ici et l'ailleurs, qui apparaît comme protecteur pour l'individu. Mais prendre en compte la culture d'origine du migrant ne doit pas nous faire négliger les conditions sociopolitiques de sa vie dans la société d'accueil, comme la précarité, l'exclusion, ... S'adressant aux services de santé du pays hôte, le migrant fait face à la position dominante de l'occidental, le blanc de classe moyenne, qui a le diplôme, le savoir. La possibilité même de la rencontre repose donc sur la prise en compte de ce déséquilibre des pouvoirs en présence.

Travailler avec les situations d'exils implique donc la mise en place d'un dispositif qui assure la continuité du sentiment de soi et respecte la diversité des référents. Pour traverser l'épreuve de la migration, qui – rappelons-le – n'est pas en soi une maladie !, la personne cherchera à recréer une enveloppe sociale et symbolique. Différents professionnels, chacun dans sa discipline et son service, vont accompagner cette personne, par différents moyens thérapeutiques, individuels mais aussi collectifs, où elle pourra se sentir accueillie et valorisée pour ses compétences.

Pour le comité de rédaction :

Paul Jacques





Dans la peau d'exilés

Souvent à l'origine de l'exil : des situations de grande souffrance. Alfred, a vécu la guerre en Sierra Leone en 1999, assistant impuissant au massacre de sa famille. Sylvia a fui son Arménie pour échapper à la menace de mort lancée par son ex-mari. Dans leur vie, tout est chamboulé. Contenir, inscrire, offrir un accompagnement (médico-)psycho-social pour personnes exilées sont les objectifs poursuivis par des services de santé mentale comme Ulysse ou le Centre Exil. Alfred et Sylvia nous livrent ici le témoignage de leur parcours et de ce qui les aidés.

On me soutient dans mes démarches face à mon envahissement

La guerre a touché mon village, Kabala, en Sierra Leone en 1999. Toute ma famille a été massacrée devant moi. J'ai fui en Guinée pour échapper aux rebelles, mais ils m'ont attrapé. En 2001, avec tous les prisonniers, j'ai été livré au Gouvernement sierra-léonais. J'ai été en prison pendant 4 ans.

Je suis arrivé en Belgique le 4 avril 2004. Je me suis retrouvé au Centre fermé 127 bis puis au centre pour MENA. La Police m'a dit qu'il fallait que je retourne au pays. Actuellement, je suis régularisé pour raisons médicales pour un an mais je vis toujours dans la crainte de devoir rentrer au pays où je suis sûr de me faire tuer. J'ai été candidat réfugié puis sans papiers, après avoir été débouté. En 2006, mon avocat a introduit une demande de régularisation et Ulysse m'a soutenu.

Je perdais la tête. J'oubliais de manger. Je parlais de chez moi la porte ouverte. J'étais comme fou, je courais, j'entendais des voix, je revoyais des images de têtes coupées et de ventres ouverts. Pendant la nuit, je ne dormais pas beaucoup car mes souvenirs envahissent mes rêves. Parfois mes voisins me réveillent car je hurle dans mon sommeil. Je me demande souvent si mon petit frère, seul survivant de ma famille, est resté là-bas. Est-il mort ?

Ulysse fait beaucoup pour moi. J'y poursuis une prise en charge psycho-sociale motivée par la persistance de symptômes de stress post-traumatique chronique. Rapidement, j'ai eu des entretiens en anglais, puis en poular, ma langue maternelle. Ils m'ont envoyé auprès de MSF pour un avis médical et je suis suivi par un psychiatre. Ils ont aussi fait les démarches avec le CPAS, la Stib et l'école ou pour chercher du travail. Je suis balayeur de rue depuis août. Ulysse m'écoute. On me soutient à poursuivre les cours quand c'est difficile à cause de l'envahissement et on contacte le médecin pour que je ne reste pas sans traitement. Les entretiens psychologiques réguliers, les cours de français intensifs et les médicaments me permettent de me sentir mieux. Maintenant, je viens seulement deux fois par semaine.

Alfred, 22 ans

Exprimer, c'est déjà faire presque tout le chemin

J'ai quitté l'Arménie il y a huit ans car la situation devenait invivable : perte de ma famille dans un tremblement de terre, mariage forcé et menace de mort. Partir était la seule solution car les femmes sont peu entendues et peu protégées par la police.

Je suis arrivée en Belgique, enceinte, avec mon fils de 3 ans ; l'aîné de 7 ans étant hélas resté là-bas. L'Office des Etrangers fût incontournable : « Pourquoi tant de questions », me demandais-je, animée par la crainte d'être dénoncée auprès de mon ex-mari. Les services sociaux, ici, sont bien organisés. En voyant mon état psychologique - déprime, angoisse et perte de confiance -, l'ONE m'a envoyé au Centre Exil. Mais physiquement j'en étais incapable. Une famille arménienne m'a soutenue dans mes démarches. Le CPAS m'a aussi beaucoup aidée.

Au Centre Exil, je consulte une psychologue, un psychiatre, une doctoresse et une assistante sociale. J'ai enfin pu y parler sans crainte de mon histoire et de mes traumatismes. Actuellement, je vis encore dans l'angoisse car mon ex-mari fait des démarches auprès de l'Ambassade et de l'Office des Etrangers pour nous récupérer. Et l'esprit de vengeance est propre à notre pays. « En Belgique tu peux appeler, la police arrive », me répète ma psychologue.

Parler de mon ressenti n'est pas facile - cela ne fait pas partie de notre culture - mais rend les choses plus légères. Et je commence à accepter l'idée d'un homme dans ma vie. Au Centre, je participe à des activités entre femmes et à des cours de français. Cela m'aide de voir que je ne suis pas la seule réfugiée politique avec enfants. Ici c'est comme une famille, je reçois de l'amour et de la protection. Par ailleurs, je côtoie la communauté arménienne très accueillante. On prend le thermos de café dans le parc et on parle pendant que les enfants jouent. Mais on juge. Un faux pas et c'est la honte et le déshonneur. Donc, en leur présence, mon passé est tabou. La communication est plus facile avec les belges, dont la mentalité est moins lourde.

Sylvia, 37 ans

Témoignages recueillis par **Hélène CARPIAUX**, Coordinatrice IWSM



Rencontrer des exilés en situation irrégulière

Rencontrer, en service de santé mentale (SSM), des migrants dont la demande de régularisation a été refusée est une des situations qui me confronte, comme psychiatre, à un problème situé au carrefour entre le soin de la personne en souffrance et l'intervention au niveau de la société.

Andrée PAUL

Psychiatre

Service de santé mentale de Florennes

Quelle possibilité d'espace thérapeutique pour ces personnes en grande détresse?

Quand je dis « espace thérapeutique », il ne s'agit pas de proposer des thérapies en bonne et due forme... Trop envahis par la réalité de leurs problèmes, les exilés sont en effet souvent loin de pouvoir en supporter le cadre et en envisager l'utilité.

Mon questionnement est plutôt le suivant : « Quel espace de travail, de reconstruction ou de réparation de ce qui a été détruit ? ». Mais il ne se limite pas à cette question, il interroge aussi le contexte : « Quel impact au niveau de la société et de ses institutions ? ».

Il y a plus de cinq ans, Madame X a fui son pays en proie à la guerre civile avec son mari et ses trois enfants. Elle va être déboutée successivement de plusieurs demandes et recours de régularisation.

Je la vois environ deux ans après son arrivée en Belgique.

Les symptômes récurrents sont des cauchemars qui réactualisent le vécu de la guerre, des plaintes somatiques et hypocondriaques, des troubles du sommeil, de la fatigue, une irritabilité, des idées suicidaires, une hantise permanente de la sentence qui risque de la renvoyer dans son pays d'origine. Bref, un tableau post-traumatique compliqué de dépression.



Faire un bilan de la situation

Quand une personne arrive en état de décompensation psychique, je tente de me faire une idée provisoire de la situation (d'établir un premier diagnostic) au niveau des symptômes, de la structuration psychique, des problèmes physiques associés et de sa manière d'entrer en relation avec sa famille et dans la société. A ce niveau, le DSM si controversé me paraît tout à fait

utile car il prend en compte ces divers points de vue dans l'établissement du dit diagnostic.

Ecouter la personne

Parallèlement, je veille à entrer en contact avec le patient, à faire alliance avec lui en écoutant sa demande.

Que demande-t-il ?



Deux choses : tout d'abord un apaisement de ses symptômes et ensuite un soutien concret dans sa demande d'être régularisé. En filigrane de ces deux demandes basiques et concrètes, évidentes, mais dont l'issue est particulièrement aléatoire, il y a, à mon avis, une troisième quête : la recherche d'un étayage : Ce médecin considère-t-il que sa demande est légitime ? L'appuie-t-il effectivement dans ses démarches ? L'accueille-t-il comme une personne ou comme une famille à part entière dans ce pays qui le déboute ?

Alors que les identifications, l'appartenance et la place de la personne sont mises à mal, la mobilisation personnelle du thérapeute va être vécue comme un accueil, un étayage. Par contre, son indifférence, tapie derrière son impuissance vis-à-vis du peu de poids de son avis auprès des instances, sera vécue comme un rejet, une exclusion.

En question...

- ▶ Peut-on différencier la démarche médicale ou thérapeutique de la démarche humanitaire ?
- ▶ Les notions de diagnostic et de traitement suffisent-elles à la démarche médicale, comme tendraient à le vouloir les instances qui statuent sur la recevabilité du dossier médical avec des arguments tels que : « Y a-t'il dans le pays d'origine – ou de retour – des médicaments et des structures de soins pour le problème diagnostiqué ? » ?
- ▶ Comment faire l'impasse sur la question du sens qu'il peut y avoir à aider cette personne précise ?
- ▶ Comment une démarche médicale ou thérapeutique garde-t-elle son sens dans une demande pour raison humanitaire ?
- ▶ Comment en arrive-t-on à confondre ces deux facettes du problème ou, au contraire, à les disjoindre totalement ?

Personnellement, en tant que médecin, formée au diagnostic et au traitement, mais aussi à la relation patient-soignant considérée comme un support important dans la pratique quotidienne, ces deux approches me semblent indissociables.

Côté diagnostic

La patiente en question présente :

▶ Sur l'axe I du DSM :

On constate des symptômes de stress post-traumatique et de dépression.

▶ Sur l'axe II :

Il n'y a pas de trouble de personnalité franc évident, ni dans ce que je perçois, ni dans le récit de sa vie avant la guerre ni, depuis la guerre, en Belgique.

▶ Sur l'axe III :

Il n'y a pas de maladie physique concomitante, les symptômes physiques présents sont à mettre en relation avec des symptômes fonctionnels évoluant vers un mode tendant à l'hypocondrie.

▶ Sur l'axe IV :

a) La situation sociale peut être considérée comme précaire. On peut y voir un facteur entretenant les symptômes, dans la mesure où la famille est en transit depuis de nombreuses années et risque d'être renvoyée dans un pays qu'elle redoute.

b) De même, le fait de n'avoir accès à aucun travail, aucune formation, etc. peut être considéré comme un facteur d'entretien des symptômes quand on sait que, avant la guerre, dans le pays d'origine, la famille était insérée à ce niveau.

c) L'unité de la famille et son intégration dans le village d'accueil sont des facteurs sociaux positifs.

Le bilan sur cet axe montre que là où cette dame et sa famille ont une latitude d'intégration sociale (c), elles l'utilisent, bien qu'elle ne puisse influencer les deux autres éléments (a) et (b).

Côté prise en charge

Deux options étaient envisageables pour cette situation :

▶ Intervenir comme médecin dans la réalité de la personne en souffrance, en prescrivant un traitement d'une part ; et, d'autre part, dans un rôle d'interface avec les autorités et l'Office des étrangers pour argumenter de la pathogénicité de la situation, sur base de rapports et contacts téléphoniques.

▶ Ne pas intervenir dans la réalité mais axer le travail sur le renforcement des défenses intrapsychiques de cette personne, en d'autres termes travailler à l'aider à supporter la situation de précarité et à supporter l'idée de devoir peut-être être renvoyée dans son pays d'origine.

Mon choix est d'intervenir dans la réalité, et ce, pour plusieurs raisons :

1) Il me paraît que le facteur de « sécurité dans le pays d'accueil » est la pierre angulaire du rétablissement de cette dame. Cette supposition a été renforcée par le constat, dans une autre situation, que la régularisation (et le vécu de sécurisation qu'elle permet) a bien amené la guérison de la personne concernée.

2) La demande de la patiente était explicite : « *soignez mes symptômes, aidez-moi à mieux dormir, à avoir moins d'idées noires et défendez mon dossier médical auprès de l'Office des étrangers* ».

3) Le décalage vers un travail intra-psychique, qui serait pourtant utile vu le peu d'impact de mes rapports et interventions, n'était cependant pas possible ici et aurait déforcé l'alliance thérapeutique.

Pourtant, c'est peut-être une évolution dont je devrai essayer de tracer la voie dans un deuxième temps, dès que cette personne aura suffisamment repris confiance dans le petit noyau relationnel qu'elle s'est recréé, pour tisser de ce fil fragile un fil solide qui pourra la guider... ●

SSM de Florennes

✉ Rue Gérard de Cambrai 18
5620 Florennes

☎ 071/68.10.21

✉ ssm.florennes@province.namur.be



Immigration choisie et sans papiers

Il est de bon ton à présent de dénoncer l'immigration illégale et de préconiser une immigration choisie pour pallier au vieillissement de la population et pourvoir aux besoins de l'économie. Régulièrement ces affirmations s'entrechoquent. Doit-on pourchasser tout « laxisme » pour rendre l'arrêt de l'immigration effective de manière à protéger l'emploi et assurer la protection sociale des nationaux d'une part, et, d'autre part, éviter de donner à l'extrême droite du grain à moudre ? Ou, pour les mêmes raisons, doit-on au contraire, faire appel à des étrangers « choisis » ? Retour sur l'histoire des migrations et sur ce qu'elle nous apprend, question de situer l'exil dans le contexte social, économique et politique.

Mateo ALALUF, Docteur en Sciences sociales
Professeur à l'ULB, Bruxelles

Mobiles économiques...

On entend habituellement par politique d'immigration les conditions d'accès, d'établissement et de séjour des étrangers. Or, depuis l'entre-deux-guerres, la Belgique s'est dotée d'un dispositif de double autorisation (séjour et travail) qui régit pour l'essentiel la situation des étrangers en Belgique. L'application de cette législation a subordonné les flux migratoires aux besoins de main-d'œuvre des entreprises. Pendant les périodes de haute conjoncture la législation a été considérablement assouplie, alors qu'elle était rendue restrictive pendant les périodes de chômage. Ce dispositif législatif et ses modalités d'application ont constitué pendant longtemps le noyau dur de la politique d'immigration.

On peut opposer schématiquement les positions de la gauche et de la droite en la matière. D'un côté l'appel à l'immigration a été en Belgique le fait des employeurs. Dans l'entre-deux guerres et après la deuxième guerre mondiale, il s'agissait de trouver de la main-d'œuvre pour les mines d'abord, l'industrie du métal et de la construction ensuite, et pour un large éventail de travaux enfin, en général mal payés et insalubres. D'un autre côté les syndicats voyaient dans l'attitude des

employeurs une dérégulation du marché du travail. Ils étaient réticents face à un appel de main-d'œuvre étrangère, taillable et corvéable à merci dont l'effet serait une détérioration des conditions de travail et des revenus de tous les salariés. Si bien qu'à une politique patronale ouverte à l'immigration, mais refusant aux étrangers des droits de séjour et des droits politiques étendus, s'opposera une politique syndicale prônant un contrôle des flux migratoires, mais revendiquant pour les étrangers des droits égaux. Selon ce point de vue, seule l'égalité des droits pouvait empêcher le patronat d'utiliser la main-d'œuvre étrangère pour peser sur les conditions de vie et de travail de tous. L'immigration a donc, aussi bien pour les migrants que pour le pays d'accueil, d'abord un mobile économique. Les flux et reflux de la main-d'œuvre étrangère étaient censés correspondre aux besoins des entreprises.

... et mobiles démographiques

Alors qu'auparavant l'on avait de préférence recours à l'immigration de jeunes hommes célibataires pour les besoins des charbonnages, de la métallurgie et des travaux publics, un tournant sera pris dans les années '60. C'est en effet en raison de la structure d'âge vieillie de la popula-

tion wallonne, et le rapport établi à ce sujet par Alfred Sauvy en 1962 fera l'effet d'un choc, qu'une préoccupation démographique, à savoir le rajeunissement de la population, se greffera aux mobiles économiques de l'immigration. Désormais les regroupements familiaux seront encouragés et les immigrés seront aussi diversifiés par sexe, âge et selon les origines géographiques et nationales. Pendant cette période les deux principaux pays de recrutement seront le Maroc et la Turquie en lieu et place de l'Italie qui avait été dans l'immédiat après-guerre la principale source d'immigration.

Par rapport à ses objectifs économiques et démographiques, cette politique a produit ses effets. Non seulement la population wallonne n'est plus la plus vieille au monde, mais elle est aujourd'hui plus jeune que la population flamande.

Même si les taux de natalité des anciens immigrés ne diffèrent plus beaucoup à présent de ceux des populations au sein desquelles ils se sont insérés, il n'en reste pas moins que l'effet de rajeunissement a porté ses effets. Faut-il pour autant instrumentaliser l'immigration en fonction des préoccupations économiques et démographiques des pays d'accueil ? Rien n'est moins sûr.

Fin d'une époque

Depuis le milieu des années '70, avec la crise et le chômage massif, nous sommes arrivés à la fin d'une époque. Des pans industriels entiers ont disparu. La tertiarisation de la population active s'est accentuée. Cette désindustrialisation des régions et la désouvriérisation des industries a constitué une crise sans précédent du monde ouvrier et de sa capacité d'action collective. L'atomisation de l'emploi qui en est résulté affecte profondément les formes d'intégration des immigrés. Alors que l'immigration fait désormais partie



intégrante des populations locales, avec la crise et le chômage, les entreprises ont été moins demandeuses d'une main-d'oeuvre jusqu'ici massivement affectée aux segments non qualifiés du marché de l'emploi.

La décision d'arrêter ou de limiter fortement l'immigration au milieu des années '70 et de procéder simultanément à une opération de régularisation des clandestins pour mettre les compteurs à zéro constituait à l'époque une réponse à la forte augmentation du chômage après la première crise pétrolière. Les organisations syndicales avaient occupé, très normalement, une place centrale dans les procédures de régularisation. L'enjeu était de rétablir dans leurs droits sociaux des travailleurs qui s'étaient trouvés réduits à la clandestinité par une législation défaillante et des employeurs peu scrupuleux.

Dans le passé en effet, en alimentant les échelons les plus bas des entreprises, les travailleurs immigrés avaient permis une mobilité sociale qui avait touché tout le salariat. Pendant que les jeunes issus de l'immigration aspiraient à la scolarité et à la mobilité sociale, il fallait trouver, toujours dans cette logique, de nouveaux immigrés pour remplacer les anciens. C'est ce mécanisme qui s'est trouvé bloqué par la crise alors même que l'immigration qui répondait aussi à un défaut des naissances lié au vieillissement de la population était devenue familiale et s'était sédentarisée.

La fabrication des sans papiers

Alors que le recours à l'immigration par les pays d'Europe occidentale avait progressivement transformé tout le bassin méditerranéen en une vaste réserve de main-d'oeuvre, un consensus s'était établi contre l'immigration clandestine. Celle-ci devait être jugulée dans la mesure où les circuits légaux délimitaient les flux. Avec l'arrêt de l'immigration, la situation change totalement. D'une part, les famines, les guerres et les bouleversements géopolitiques poussent plus que jamais au départ des populations africaines, asiatiques et de l'ancien bloc soviétique, et d'autre part, les

entreprises restent toujours demandeuses de main-d'oeuvre, en particulier dans certains segments du marché de l'emploi. Si bien que l'immigration devient, à partir du milieu des années '80, celle des sans papiers attirés par les opportunités offertes par le travail clandestin, et la politique migratoire se focalise sur la question de la régularisation.

Depuis son arrêt supposé en 1974, la migration n'a cessé d'augmenter alors que la législation se faisait de plus en plus restrictive. La diminution de l'immigration légale a été en fait largement compensée par l'immigration illégale. La fonction latente de cette législation est apparue ainsi au grand jour. Contrairement à ses intentions affichées, elle ne sert pas à empêcher les migrants de venir. Son effet n'est donc pas quantitatif mais qualitatif. En accédant au territoire, les migrants deviennent des illégaux. Leur fragilité administrative les expose aux dénonciations. Privés de droits, ils sont soumis à tous les arbitrages et sont susceptibles d'être arrêtés et expulsés à tout moment. Ainsi se constitue un infra marché du travail dans lequel oeuvrent des salariés sans droits, qui réunit les conditions de ce que l'anthropologue Emmanuel Terray appelle la « délocalisation sur place ». Puisque toutes les activités, comme celles du bâtiment et des travaux publics, de l'hôtellerie et de la restauration, du nettoyage et des services aux personnes ne peuvent être délocalisées, les sans papiers peuvent y pourvoir sur place aux conditions de travail et de salaire du tiers-monde¹.

Une mondialisation qui refuse la mobilité aux seuls habitants des régions pauvres du monde est la condition de l'organisation mafieuse du travail qui perpétue dans les pays riches les formes d'exploitation du travail en vigueur dans les pays pauvres. Les fraudes liées à la fausse sous-traitance et à la sous déclaration prennent une ampleur nouvelle par la libre circulation dans l'espace européen. La règle du lieu de travail où doivent être perçues les cotisations sociales ne peut plus être contrôlée et la pratique du détachement des travailleurs et la circulation des



Man Congeorges

services constitue un cadre approprié à la fausse sous-traitance. Les frontières délimitent rigoureusement les différentes législations nationales et le champ d'action des administrations, et forment autant d'obstacles à la libre circulation des travailleurs provenant des pays hors UE et de certains nouveaux pays membres. Les fraudeurs sont par contre protégés par les frontières qui permettent précisément aux activités illégales de se dérober aux contrôles.

La vulnérabilité produite par l'insécurité de séjour et les chaînes de sous-traitance en cascade fabriquent les sans papiers. Parfois l'employeur, lui-même ancien sans papier en situation précaire, se trouve en position de dépendance par rapport au donneur d'ordre et contraint de se plier à ses exigences. « La nécessité » peut induire alors dans certains cas un panachage entre des salariés déclarés et d'autres en situation irrégulière. Des contrôles ou une répression trop sévère peuvent conduire à délocaliser des activités et à traquer des sans papiers. Si le résultat du contrôle aboutit à des sanctions d'une telle gravité (enfermement et expulsion) à l'égard des salariés les plus faibles et privés de tout droit sans vraiment inquiéter ceux qui en tirent les profits, on peut comprendre la retenue à l'égard de certaines

formes de contrôle. Le droit qui ne peut plus être pleinement mobilisé dans ces circonstances par les acteurs ouvre ainsi le champ à une économie maffieuse.

Pourtant la législation devrait permettre de poursuivre efficacement les filières de travail illégal. L'article 433 quinquies du code pénal condamne la traite des êtres humains et notamment le fait « de mettre au travail ou de permettre la mise au travail de cette personne dans des conditions contraires à la dignité humaine ». De son côté la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers stipule que les victimes des infractions relatives à la traite des êtres humains dans le sens défini par le code pénal ne peuvent être expulsées. Ne faudrait-il pas en conséquence doter les auditorats du travail et les inspections sociales des moyens nécessaires leur permettant de lutter efficacement contre le travail clandestin sans procéder pour autant à l'expulsion des victimes de ces trafics ?

C'est précisément l'absence d'une politique de régularisation sur base de critères explicites qui

permet l'organisation d'un sous marché du travail réservé à des salariés privés de tout droit. Cette situation pèse vers le bas sur les salaires et les conditions de travail des travailleurs étrangers « réguliers » d'abord, des travailleurs nationaux ensuite. Elle crée les conditions d'un dumping social et accélère le mouvement de déréglementation. La politique dite de « maîtrise des flux migratoires », en organisant la vulnérabilité administrative des nouveaux immigrés, fait du travail clandestin une composante structurelle des marchés nationaux du travail.

Le droit à la mobilité

Précédemment, l'immigration était subordonnée aux seules logiques qui gouvernaient le marché de l'emploi. La régulation des flux était conditionnée par l'emploi et la démographie. L'accès des immigrés aux droits sociaux et politiques était au centre des débats. Aujourd'hui, dans un contexte mondialisé, la situation est toute différente. L'immigration ne concerne plus seulement les hommes, célibataires, issus de milieux ruraux et peu scolarisés, mais également un grand nombre de femmes se déplaçant souvent seules, d'enfants, de migrants d'origine urbaine et scolarisés. Désormais, la revendication du droit à la libre circulation et à l'installation se trouve remis à l'avant plan. Les migrations modernes sont déterminées par des contraintes économiques et militaires et par une volonté irrépressible des personnes à améliorer leur condition. Toute l'ingéniosité et les technologies de surveillance, les centres fermés, et les centres de rétention offshore (extraterritorial), pas plus que la vaste panoplie de visas dont sont pourvus les États, ne suffiront jamais à assigner sur place des populations affamées par la misère, la maladie et la guerre ni à empêcher quiconque d'améliorer son sort. Peut-on

croire, au moment même où les transports et les communications se globalisent, que l'on mettra fin à ce mouvement qui, depuis les périodes les plus reculées, fait en sorte que peuples, groupes et individus ne cessent de se heurter, de se déplacer et de se métisser?

Quatre préalables pourraient fonder une nouvelle manière de penser les migrations. D'abord une mesure de régularisation des sans papiers résidant dans le pays sur base de critères prenant en compte notamment les attaches durables des personnes concernées. Ensuite la reconnaissance du droit à la libre circulation et à l'installation qui fait d'ailleurs partie des droits fondamentaux. C'est là une condition nécessaire pour que les personnes puissent bénéficier des services collectifs et avoir accès à une vie digne. Vient alors l'idée suivant laquelle ce droit ne doit pas mettre en cause les droits à la protection sociale et aux conditions de vie des populations locales par la déstabilisation des marchés du travail. Comme tout droit, l'exercice du droit à la mobilité doit être organisé et ne se confond donc pas avec une ouverture pure et simple des frontières. Enfin, cette organisation, c'est-à-dire la définition des politiques d'immigration, doit pouvoir être définie conjointement avec les pays d'origine des migrants. De ce point de vue, l'Organisation Internationale du Travail, qui regroupe aussi bien les États que les représentants des travailleurs et des employeurs, pourrait occuper une place centrale. Pourquoi les États ne reconnaîtraient-ils pas au BIT, en matière de régulation des migrations internationales, un rôle similaire à celui qu'ils ont octroyé à l'OMC en matière de commerce international ? ●



Man Congeorges

¹ Voir réf. biblio. p 48, n°41.



Une typologie des stratégies identitaires en contexte multiculturel

Dans nos sociétés « en voie de globalisation », l'image de l'« homme pluriel »¹ tend à s'imposer comme figure dominante de l'individu contemporain. Mais tous les jeunes sont-ils égaux face à cette capacité à « vivre dans plusieurs mondes »² ?

Comment se construit et se gère, sur le plan des identités, cet appel à jongler avec des référents culturels multiples ?

Lecture anthropologique du vécu de jeunes nécessairement confrontés à ce questionnement.

Marie VERHOEVEN

Professeur à l'UCL

Unité d'anthropologie et de sociologie

À partir d'enquêtes³ menées auprès de jeunes issus de l'immigration, essentiellement en milieu scolaire, nous avons formulé une typologie des différentes stratégies identitaires repérables auprès d'adolescents de la « seconde génération ». Mais qu'entend-on par stratégie identitaire ? Tout simplement, l'ensemble des « répertoires » culturels maîtrisés et mobilisables ; il s'agit donc de l'identité sociale revendiquée par l'individu, incluant les repères culturels légitimes à ses yeux pour se raconter et se projeter.

La stratégie essentialiste ou l'héritage non-choisi

Une première stratégie consiste à mobiliser une définition essentialiste - le plus souvent « ethnique » - de l'identité culturelle. Pour ces élèves, la culture d'origine est un héritage non-choisi, qui « colle à la peau ». L'appartenance culturelle est vécue de façon totalisante et exclusive - ces jeunes se disant par exemple « totalement Marocain » ou « 100% Turc ». L'identité officielle et l'histoire vécue en Belgique sont mises à distance : ' J'ai peut-être la carte d'identité, mais

bon, c'est pas ça qui change ce qu'on a en soi' (Mourad). L'appartenance à la culture d'origine est vécue comme un socle fondateur essentiel : 'Moi, j'ai des croyances solides, j'ai eu la chance d'avoir des parents qui me l'ont transmise tôt. Pour moi, c'est important qu'on inculque la culture. Si tu perds ta culture, t'es perdu...' (Shafkat, M.). Toute prise de distance par rapport à la culture d'origine est présentée comme une source de crise personnelle et sociale : 'La famille leur dit « OK, tu veux prendre la culture occidentale ? Comme tu veux, mais alors nous on ne te veut plus ». La famille les rejette' (Shafkat, M.). Cette stratégie identitaire s'observe surtout dans les contextes scolaires les plus défavorisés, où la référence à la culture d'origine semble donc faire office de 'support' identitaire⁴ à la construction du respect de soi dans des univers stigmatisés.

L'anomie ou la nostalgie communautaire

D'autres élèves en position scolaire défavorable déploient une stratégie identitaire inverse, que l'on peut qualifier d'anomique, mais qui renvoie au fond à une conception semblable des rapports entre individu et culture. Ces jeunes se présentent comme « ayant perdu leur colonne vertébrale culturelle » en raison de la situation migratoire, de la mixité des quartiers et du contact avec la culture occidentale, et témoignent d'une sorte de nostalgie de ce socle perdu. Cette élève d'origine congolaise explique : 'Nous, les Africains, on n'a plus notre culture, on est complètement mélangés ici. Les Pakistanaïses de l'école, franchement je ne les comprends pas : on dirait qu'elles veulent toutes s'europaniser, s'habiller mode et tout. Nous, on leur dit : 'Mais enfin, gardez votre culture, profitez-en! Je crois pas qu'elles se rendent compte de la chance qu'elles ont d'avoir gardé leur culture. Nous on se sent perdus. (...) Nous, les Noirs, on n'a plus de culture, on est

juste des Noirs ». (Bernadette, F). Sans socle culturel d'appui à la construction de soi, ces jeunes se retrouvent nus et démunis face à la discrimination. La 'différence' se réduit alors au stigmaté.

Pour les élèves se rapprochant de ces deux premières stratégies, le maintien de traits culturels hérités est présenté comme un atout en termes de construction de soi comme d'intégration sociale - ou comme une perte grave lorsque celui-ci n'est plus possible. En ce sens, on peut dire que ces élèves sont « communautariens »⁵ : pour eux, l'individu n'existe pas en-dehors de sa communauté d'appartenance, à laquelle il doit son identité.

Ajoutons que les élèves qui se rapprochent de ces deux stratégies identitaires se caractérisent souvent par un rapport peu maîtrisé au français

« standard », associé au recours à des formes de « parler jeune »⁶ en vigueur dans les quartiers. Ces pratiques linguistiques renvoient à une grande 'créativité', mais s'apparentent souvent à un entremêlement non maîtrisé des styles. Les jeunes « passent d'un langage à l'autre », mélangent les mots « sans y penser », et souvent sans tout à fait se plier aux normes en usage dans tel contexte. « En fait, on réalise pas qu'on



mélange, ... Il y a des mots qui sortent mieux en Français, d'autres mieux en Berbère, ça vient comme ça ».

La stratégie de l'assimilation culturelle revendiquée

Une troisième stratégie consiste, à l'inverse, en la revendication affirmée d'une appartenance forte, voire exclusive, au pays d'accueil, accompagnée d'un rejet systématique de toute appropriation d'une soi-disant 'origine'. Ceci passe par un appui sur la dimension officielle de l'identité (*J'ai la carte d'identité Belge !*) qui vient légitimer un sentiment d'appartenance (*Je suis aussi Belge que vous, hein ! Je ne me suis jamais sentie « Marocaine »!*) (*Farida*). Ceci s'accompagne de l'appropriation subjective de marqueurs culturels du contexte d'accueil : *Vous savez, moi je mange des steak-frites, hein, je suis un enfant du Nord !* (*Karim, M*). Ces élèves sont plutôt « libertariens » et égalitaristes : être citoyens signifie pour eux être considérés comme individus égaux en droit, et non comme membres d'une

communauté. Souvent « bons élèves », ils sont capables de répondre aux exigences de la langue scolaire. Ils témoignent d'un désintérêt pour l'étude des langues dites d'origine, dont ils ne perçoivent pas l'intérêt stratégique.

Les stratégies identitaires complexes ou hybrides

Toutefois, l'assimilation est loin d'être la seule stratégie identitaire observa-

ble en contexte scolaire aisé. Nous en avons dégagé deux : le métissage ou « hybridation réflexive » et la « diffraction identitaire ».

Dans le premier cas, les jeunes présentent une image plurielle d'eux-mêmes (*un peu Arabe, un peu Bruxelloise...*) et mettent en avant leur façon 'bien à eux' de combiner et trier différents héritages⁷. Ils puisent des éléments dans les différents mondes culturels, et font état d'un travail personnel d'analyse, de tri et de réappropriation de ceux-ci. Ainsi, W. explique qu'il ne se sent « *ni Belge, ni Indien, mais tout simplement moi-même, c'est-à-dire, un fameux mélange !* ». Il dit garder des éléments de la culture familiale dont il a fait siennes certaines valeurs - telles les restrictions dans les relations intimes avant le mariage - tout en s'en éloignant à certains égards.

La stratégie de « diffraction identitaire stratégique » consiste en une attitude stratégique et contextualisée : il s'agit d'élèves qui, tout en assumant la pluralité des influences culturelles qui les forgent, choisissent de les adopter successivement, et de façon variable, en fonction des contextes où ils évoluent. Ces jeunes diront « jouer leur rôle » de jeune Turc, jeune Marocain ou jeune Pakistanais dans certains espaces (la famille, la communauté) et adopter une tout autre présentation de soi dans d'autres lieux (l'école, la rue). « *Je ne peux pas me permettre d'être pareil partout, c'est simple...*

En famille, par exemple, je serai très taiseux, je rentre chez moi, je m'assieds, je lis le journal... À l'école, c'est tout le contraire, on dirait qu'il faut que je me défoule, je suis hyper bavard, je participe au cours... » (*Okmès, G*). Il s'agit d'une sorte d'identité à géométrie variable⁸.

Les élèves adoptant ces deux dernières stratégies se caractérisent par une maîtrise élevée du français standard comme sur le plan des langues d'origine. Tout à fait capables d'utiliser le « parler jeune » lors de conversations informelles avec des pairs ou sous forme humoristique, ils sont conscients des moments où ce langage peut être utilisé sans appeler une sanction sociale ou sco-

laire et « s'arrêteront à temps ». Parallèlement, beaucoup suivent des cours de langue d'origine, valorisent le bi- ou le multi-linguisme - comme pour cet élève d'origine Turque-Albanais qui dit fièrement parler six langues et espère en tirer profit plus tard. Ces élèves ne « mélangent pas les genres » et sont très au clair sur les attentes sociales qui pèsent sur les contextes - en particulier l'école.

En conclusion, à l'opposition « classique » entre élèves « traditionalistes » et élèves « assimilés », nos travaux amènent à superposer un second axe : celui qui opposerait diverses stratégies de « flexibilité identitaire », figures dominantes de la capacité à vivre dans plusieurs mondes, à l'« hybridation anémique » définie comme difficulté à gérer subjectivement la pluralité de référents. *In fine*, l'essentialisation/ethnicisation et l'anomie peuvent être lues comme les deux faces d'une même difficulté à se construire dans un monde pluriel : l'une correspond à l'éclatement ou à « l'implosion », l'autre à la « crispation identitaire »⁹.

¹ Lahire Bernard, réf. biblio. p.48, n°27.

² de Singly François, réf. biblio. p.48, n°9.

³ Une cinquantaine d'entretiens socio-biographiques ont été menés à Bruxelles auprès des jeunes (âgés de 16 à 18 ans), issus des principaux « groupes d'immigration » significatifs (Marocains, Turcs, Afrique centrale, Pays de l'Est) dans des contextes scolaires contrastés. Les entretiens compréhensifs ont été menés autour de trois axes thématiques : la sphère familiale (histoire de la migration familiale, ressources socioculturelles et professionnelles, attitudes des parents et de la fratrie face à la scolarité), l'expérience scolaire et les processus de construction identitaire. Pour en savoir plus : Verhoeven Marie, réf. biblio. p.48, n°44 et 45.

⁴ Ehrenberg Alain. Voir réf. biblio. p.48, n°12.

⁵ Ils s'appuient en effet sur une conception communautaire des rapports entre individu et société, au sens de la philosophie politique, puisqu'ils défendent une conception du sujet comme construit à travers son ancrage culturel dans une communauté d'appartenance donnée, et une conception de la citoyenneté et de l'espace public reposant sur la reconnaissance et l'expression libre de cette appartenance.

⁶ Trimaille C., réf. biblio. p.48, n°42, pp. 99-132.

⁷ de Singly F., réf. biblio. p.48, n°9.

⁸ de Singly F., réf. biblio. p.48, n°9, p.78.

⁹ Kaufmann Jean-Claude, réf. biblio. p.48, n°24.



Man Congreorges



L'écoute de la souffrance chez les immigrés ou l'Histoire comme symptôme

Pas d'écoute et de relation thérapeutique hors de l'histoire ; pas de diagnostic fiable qui ne soit un diagnostic « situationnel »¹; pas de cure qui ne prenne en compte les appartenances sociales et culturelles ; et enfin, pas d'approche légitime sans réfléchir aux limites d'usage de nos catégories et de nos manières de soigner, culturelles elles aussi. Telle est la perspective du Centre « Frantz Fanon », créé par Roberto Beneduce, après des années de travail clinique et de recherche anthropologique.

Cette approche, il l'a mise au service des réfugiés et demandeurs d'asile. Dans leurs expériences, leurs incertitudes et leurs désirs d'oublier, comment penser la cure ? Où repérer les *leviers thérapeutiques*, compte tenu que leur « culture » ne peut plus être imaginée dans son « exercice » comme territoire de guérison mais, très souvent, comme foyer de violence (sociale, familiale ou politique) ?

Cette contribution apporte un éclairage² sur la place de la psychologie géopolitique clinique dans le champ de la psychologie individuelle.

Roberto BENE DUCE, Psychiatre et Anthropologue
Directeur du Centre « Frantz Fanon »
Faculté de Psychologie, Université de Turin, Italie

Altérité culturelle et souffrance psychique : une histoire de malentendus

Dans le débat concernant la cure des patients immigrés, la *culture* a souvent été indiquée comme un « levier thérapeutique ». Devereux et Nathan ont plusieurs fois souligné ce point. Elles font de la « culture », dont la définition a d'ailleurs connu une réélaboration profonde en anthropologie, le terrain contrasté d'une ethnopsychiatrie clinique que certains ont voulu identifier avec le projet de *rabattre sur le culturel* toute interprétation de la souffrance ou stratégie thérapeutique. Les critiques virulentes portées à l'ethnopsychiatrie ont sans doute fait évoluer le débat, sans pour autant éclaircir ses enjeux, et cela pour plusieurs raisons. Parmi celles-ci, on trouve notamment le fait que les problèmes de la clinique (le signifié à la fois psychique et politique des troubles mentaux, les manières de les gérer, la forme la plus efficace de prise en charge etc.) ont été laissés en marge

au profit surtout des profils épistémologiques. Dit autrement, une étude comparative sur le succès ou l'échec de différents modèles thérapeutiques et sur les raisons éventuelles de ces différences est encore loin d'être conçue.

Si les perspectives de Devereux et Nathan ne sont pas superposables - différences théoriques entre le maître et son élève obligent... -, elles ont engendré un débat acharné, dont les questions essentielles ont été, à mon avis, souvent mal comprises : comment définir la différence culturelle dans la souffrance ? Comment la penser par rapport au psychisme et à la cure ? Quelle place assigner à la subjectivité compte tenu des autres notions à prendre en compte comme celles d'individu et de personne, de lien social ? Ce qui est remarquable, c'est que la *différence culturelle*, emphatisée par les ethnopsychiatres chez les patients étrangers, a contribué à montrer le rapport entre culture, conflits psychiques et manière de les classer ou de les soigner, mais elle a aussi rendu évident que toute psychiatrie et toute psy-

chologie n'est, au fond, qu'une ethnopsychiatrie et une ethnopsychologie (Simons, Lutz etc.). Il faut ajouter encore que, hormis certaines affirmations peu convaincantes, la lecture attentive des écrits de Devereux et Nathan révèle que ces auteurs ont utilisé une perspective ethnopsychiatrique pour n'importe quel patient et, en tout cas, pour la psychiatrie occidentale même (je pense ici aux travaux de Devereux sur les catégories de stress, de schizophrénie comme la « psychose sans larmes » ou l'Œdipe, etc.). Quant au premier livre de Nathan, il concernait les contestataires français de Mai 68.

Quoi qu'il en soit, on ne peut pas nier que c'est par rapport aux patients immigrés que le problème a pris sa dimension la plus connue, pour devenir un questionnement à partir duquel d'autres réflexions se sont enchevêtrées (la question de la coutume ou des « croyances » face au droit occidental ; les problèmes soulevés par les symboles religieux ou par certaines pratiques vestimentaires dans les institutions publiques des pays d'accueil ; les droits des femmes etc.). D'ailleurs, il n'y a encore eu, à ma connaissance, que peu de recherches cherchant à établir un lien entre les problèmes connus par les pays européens face à ces « différences » et ceux que même les pays d'origine rencontrent souvent sur ces thèmes (il suffit de rappeler ici l'embarras, voire les paradoxes, qui sillonnent le droit et la justice en Afrique face aux accusations de sorcellerie). Problèmes anthropologiques, juridiques et historiques sans doute, mais cliniques aussi, comme le sait tout clinicien. Une question demeure : pourquoi la psychiatrie continue-t-elle à produire tant d'équivoques, lorsqu'elle s'adresse à l'Autre ?

Nous ne pouvons pas percer ces problèmes sans considérer la dimension historique d'un malentendu qui a des racines profondes, tel un revenant qui continue à hanter le présent et toute rencon-

tre avec l'Autre. L'histoire à laquelle je pense débute en Inde ou en Afrique, quand certains psychiatres ont préféré penser à l'altérité *ontologique* du colonisé plutôt que de considérer les idiomes de sa souffrance ou l'expérience de la maladie et de la mort, à l'intérieur d'un contexte bouleversé par la violence et l'incompréhension (pour ne se référer qu'à l'Afrique, Ranger³ a parlé de « crise de compréhension » par rapport à une épidémie d'influenza espagnole en Zambie ; Peel⁴ a proposé l'expression « age of confusion » pour se référer aux effets de l'évangélisation au Nigeria, Achille Mbembe⁵ a utilisé le même mot, « confusion », pour décrire la colonisation au Cameroun, et défini cette dernière comme *un régime de production de la mort*).

Vaughan a bien décrit les difficultés de la rencontre entre cliniciens et malades mentaux en Afrique, en montrant que, à la différence de ce qui s'était passé en Europe, et que Foucault avait analysé dans les termes du *grand renfermement*, la folie en Afrique était interprétée pendant la colonisation comme la conséquence d'une proximité dangereuse : bref, les écrits de l'époque coloniale représentent souvent les fous africains comme ceux qui s'étaient *trop approchés* des comportements et de la culture des Blancs, des écoles et de la religion des colonisateurs, de leurs désirs : « La catégorie du 'fou Africain' a inclus plus fréquemment les sujets coloniaux qui étaient *de manière insuffisante 'autres'*, et qui par exemple disaient vouloir devenir riches, entendre des 'voix' à la radio leur dire d'être puissants, et qui imitaient les habits et le comportement du Blanc »⁶.

Les écrits de Carothers et de Mannoni sur la maladie mentale au Kenya ou à Madagascar, ou ceux de Porot sur une prétendue « structure mentale coranique » (1908), pour n'en rappeler que les plus connus, sont révélateurs de ce paradigme-là où ils soulignent que le risque de développer des troubles mentaux est plus élevé pour qui avait voyagé en Europe ou s'était éloigné de « l'air géographique musulman », en d'autres termes, pour ceux qui étaient pris dans les pièges des dédoublements. Leur diagnostic, ridicule de notre point de vue là où il laisse penser à un

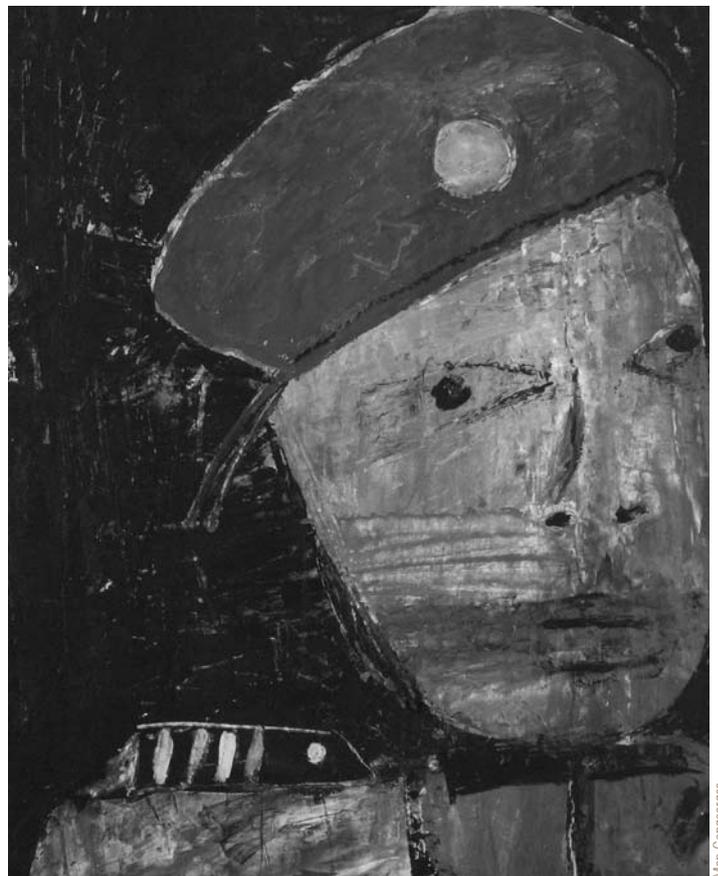
rapport causal entre modernité, « civilisation » et folie, parle d'un problème réel : le clivage *moral et culturel*, qui est d'ailleurs la condition commune à tout homme, mais qui à l'époque de la colonisation se fait miroir d'une violence réelle et des cauchemars qu'elle nourrit (plusieurs auteurs ont souligné les dimensions *oniriques* de la colonie : Bayart, Mbembe et Tonda parmi d'autres).

Les malentendus des psychiatres coloniaux demeurent le chapitre le plus triste d'une ethnopsychiatrie qui se prétendait capable de démêler le rôle des différences culturelles tout en se révélant aveugle face au Sujet, à ses préoccupations quotidiennes de survie, aux désordres provoqués par les fractures et les contradictions (la « zone grise ») engendrées par la domination coloniale au sein des sociétés africaines. Pourquoi s'étonner que, en regardant à cette histoire de préjugés, de racisme et de malentendus, les psychiatres et les psychanalystes africains ne tolèrent pas ce mot ?

Il faudra attendre les pages incandescentes de Frantz Fanon pour dire que, dans le « syndrome du Nord Africain », il n'y avait que l'absence d'une rencontre, d'une écoute, d'une reconnaissance. L'immigré algérien, éloigné par le racisme et les mépris, mis à l'écart dans la ville du colon et anéanti par la solitude, ne pouvait véritablement être soigné qu'au prix d'un nouveau malentendu. Obligé de porter un masque (le masque de la maladie), il n'aurait pu qu'expérimenter un clivage encore plus douloureux : « Menacé dans son affectivité, menacé dans son activité sociale, menacé dans son appartenance à la

citée, le Nord-Africain réunit toutes les conditions qui font un homme malade. Sans famille, sans amour, sans relations humaines, sans communion avec la collectivité, la première rencontre avec lui-même se fera sur un mode névrotique et pathologique. Il se sentira vidé, sans vie, en corps à corps avec la mort, une mort en deçà de la mort, une mort dans la vie. Et, qu'y a-t-il de plus pathétique que cet homme aux muscles robustes qui nous dit de sa voix véritablement cassée : 'Docteur, je vais mourir' »⁷.

L'impossibilité d'être reconnu, c'est ça que Fanon soulignait comme la condition typique des colonisés, en demandant à ses collègues que les diagnostics portés sur les immigrés en France soient « situationnels », attentifs au contexte et à la misère affective de ces hommes inquiets, à l'*histoire incorporée* dans leurs symptômes incompréhensibles et obstinés. Pourquoi se pencher sur l'histoire d'une ethnopsychiatrie qui n'a fait que doubler, pour une bonne partie d'années, le malentendu colonial ? Pour qui travaille avec les immigrés et les réfugiés, la réponse est très simple : ce que nous trouvons



Man Congoes



aujourd'hui sous forme des délires paranoïaques, d'agressivités et de déviances chez tant de jeunes immigrés, constitue l'expression exemplaire d'un type particulier de souffrance, à relier à une histoire ancienne mais pas rédimée, une « histoire symptôme », souvent réprimée au sens psychanalytique du terme par les professionnels de la santé mentale et les institutions sanitaires ainsi que par les immigrés mêmes. On pourrait parler à juste titre de *troubles post-coloniaux*. Il faudra être conscient que l'enjeu n'est pas ici la vérité des historiens ou l'enchaînement historique des événements, ou seulement le rôle de la culture, mais la vérité morcelée de ceux qui continuent à être ou à se sentir exclus de l'histoire.

La cure comme l'exercice de la culture ?

Eric de Rosny s'est exprimé sur le rôle de la culture dans les savoirs thérapeutiques traditionnels avec une formule qui continue à m'interroger depuis des années, chaque fois que je rencontre un patient immigré ou des guérisseurs qui soignent les troubles « mentaux ». En observant une séance thérapeutique chez Din, un *nganga* (guérisseur) de Douala, l'auteur affirmait : « Tout autre chose est la séance de nuit chez Din. Elle ne cherche pas à démontrer l'existence d'une culture africaine, mais elle est l'exercice même de cette culture dans l'une de ses fonctions principales : la guérison »⁸. Cinquante ans après, les problèmes ne sont pas encore résolus. Est-ce que la guérison dont de Rosny nous décrit les techniques et les prodiges est *réelle*, ou s'agit-il d'une pure mystification ?

Les immigrés amènent, avec leurs troubles mentaux et leur demande d'aide, une multiplicité de questions que les cliniciens se refusent souvent de découper, interpréter, manier. Combien de fois ai-je vu, de la part des experts psy, la tentative de banaliser leurs « croyances » et leurs gris-gris en oubliant que ces *petits objets* reposent sur des pratiques anciennes et incorporées, sur des relations sociales et des dispositifs de pensée qui peuvent surgir, *douloureux-*

sement, quand ils sont frôlés (de Certeau, 1994) ! Pendant des années de travail clinique et de recherche anthropologique dans ce domaine, je me suis rendu compte que le défi le plus dramatique pour nos systèmes de prise en charge se trouve justement ici : dans notre capacité de repérer (et « traiter ») la question historique ou politique *ainsi que* les dimensions culturelles. C'est la raison pour laquelle j'ai voulu donner le nom de « Frantz Fanon » au Centre que j'ai mis en place il y a plus de douze ans : pas d'écoute et de relation thérapeutique hors de l'histoire, pas de diagnostic fiable qui ne soit un diagnostic « situationnel » (Fanon) ; mais, en même temps, pas de cure possible sans considérer la totalité des appartenances sociales et culturelles (même déchirées) de ceux que nous prenons en charge, et dont la *subjectivité* ne sort pas du néant. Enfin, pas d'approche légitime sans réfléchir sur le fait que nos catégories et nos manières de soigner, culturelles elles aussi, peuvent avoir des *limites d'usage*. Dit autrement, on ne peut pas se débarrasser de la culture, même si la critique des identités culturelles et/ou ethniques doit nous éviter tout substantialisme ou réification et si la seule définition utile de la culture est celle qui met en évidence ses fictions et ses conflits. Nous sommes obligés de penser le psychisme dans l'histoire et dans le culturel, et vice-versa.

En réfléchissant sur ces thèmes, Zempléni a souligné que si l'ethnopsychiatrie peut revendiquer une autonomie conceptuelle, c'est justement là où elle s'occupe des articulations des réalités psychiques et des réalités culturelles, mais ces articulations ne peuvent être saisies que dans leurs *formes transitionnelles*, dans leurs *transformations* (1985). En considérant ces articulations et ces transformations, nous devons encore nous poser une question : dans l'expérience des réfugiés et des demandeurs d'asile, dans leur incertitude et dans leur désir d'oublier, comment penser la cure ? Où repérer nos *leviers thérapeutiques*, compte tenu que leur « culture » ne peut plus être imaginée dans son « exercice » comme territoire de guérison

mais, très souvent, comme foyer de violence (sociale, familiale ou politique) ?

Entre les traumatismes du passé et les incertitudes du présent

Les réfugiés sont devenus un objet décisif de la littérature anthropologique contemporaine et ont occupé un espace croissant dans le débat clinique, pour des raisons dont je me limite ici à mentionner les principales confluences. La notion de traumatisme a occupé un espace croissant, voire démesuré, dans le débat contemporain, parallèlement à l'industrie (et à la rhétorique) de l'humanaire et à la prolifération de ses experts⁹. En même temps, ce qui fait question est le « traitement » de la mémoire traumatique, qui à partir du génocide nazi des juifs et d'autres mésaventures tragiques de l'Histoire contemporaine, pose des défis qui ont accompagné la naissance même de la psychanalyse (il suffit de rappeler ici les figures de Freud et de Janet comme les tenants d'une perspective opposée à ce propos, et des deux canevas qui souvent ont été confrontés de façon trop rigide : répétition vs dissociation). Finalement, la catégorie du PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), critiquée par l'anthropologie médicale¹⁰ pour ses faiblesses épistémologiques et ses contradictions « morales » (effacer toute distinction entre bourreaux et victimes), s'est imposée partout, déterminant une nouvelle forme de colonialisme (c'est Hacking¹¹ qui, en parlant des *sciences de la mémoire*, a souligné comment c'est aujourd'hui aux psychiatres de continuer le travail commencé par les missionnaires...).

Je veux soulever ici trois problèmes, soulignés une fois encore à la lumière d'une ethnopsychiatrie « critique » telle que je la souhaite¹². En premier lieu, ce qui depuis longtemps a été déjà souligné, c'est la nécessité de considérer tous les risques découlant d'une perspective qui *universalise la notion de traumatisme et d'événement traumatique* (tels ceux offerts par la catégorie de PTSD), tout en favorisant une représentation a-historique de la condition des réfugiés¹³. En deuxième lieu, la *victimisation* des demandeurs

d'asile,¹⁴ est cohérente avec la mise en place de dispositifs de prise en charge qui produisent une véritable « thérapeutocratie » qui souvent étouffe les réfugiés sans répondre à leurs besoins (Aiwa Ong en a parlé par rapport aux réfugiés aux Etats-Unis). Cette victimisation ne permet pas de les considérer comme des sujets actifs et différents entre eux, acteurs d'un projet, capables d'exprimer leurs nécessités et de manipuler le présent. Il s'agit de renverser le modèle rassurant de la victime cherchant à être aidée.

En troisième lieu, ajoutons que dans le contexte international contemporain, il a été observé que la « vérité » des réfugiés, c'est-à-dire la possibilité de voir reconnus leurs droits, dépend désormais de la possibilité de voir légitimée et diagnostiquée leur souffrance : les raisons politiques seront éventuellement acceptées quand les épreuves médicales ou psychologiques de leur passé *traumatique* seront certifiées¹⁵.

Ces trois aspects convergent vers une médicalisation du traumatisme, mais aussi vers une manière particulière de concevoir la mémoire et d'en extraire ses vérités à partir d'une *narration* convaincante, véridique, faute de quoi le statut de réfugié pourrait être refusé : ce qui a l'effet d'enfermer l'expérience des réfugiés et des victimes de torture dans une sorte de *canevas*.

Les problèmes découlant de telles pratiques sont

faciles à imaginer : est-ce que le code narratif est partout le même ? Est-ce qu'il a la même valeur thérapeutique par rapport à la cure des expériences traumatiques ? En outre : le temps n'est-il pas arrivé d'évaluer l'efficacité thérapeutique d'autres stratégies que l'élaboration des souvenirs traumatiques et l'« impératif de ne pas oublier »¹⁶ ? Dit autrement, on doit s'enrichir des observations mille fois répétées à partir de Foucault : que la médecine, la psychologie et la psychiatrie contribuent à former les problèmes qu'elles seules prétendent décrire ou interpréter¹⁷.

Qui travaille avec des immigrés provenant de l'Ouganda, de la République Démocratique du Congo, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire n'est plus surpris par la question suivante : « Docteur, pouvez-vous m'aider à oublier ? », et on a pris l'habitude de scruter, avec humilité, ce qui se passe dans certains groupes religieux¹⁸ capables de gérer avec succès des expériences atroces et des souffrances indicibles sans avoir recours à la narration des mémoires traumatiques. La mémoire et l'Histoire peuvent ainsi devenir « rivales » .

Il est évident que les problèmes posés par les réfugiés et les demandeurs d'asile, par les victimes de violence, sont à la fois cliniques et historiques, mais aussi éthiques, politiques et épistémologiques. La notion de trauma ne renvoie pas seule-

ment à la possibilité de *connaître* la nature et la réalité des événements atroces dont les réfugiés ou les victimes de torture nous parlent, des événements à proprement parler *inassimilables* à la réalité, mais aussi à la question éthique du rapport à la violence et à la mort, et de la manière de les penser²⁰.

Cette question les concerne directement, eux qui ont survécu et sont contraints à être témoins ; mais aussi *nous*, chercheurs ou cliniciens, obligés comme ceux qui ont vécu l'expérience de la perte, de la mort ou de la violence, de *répondre*²¹. De plus, les réfugiés et les *sans papiers* sont, avec leur corps et leur demande, les témoins de la crise et des hypocrisies de « l'ordre national des choses »²², des limites des lois réglementant l'immigration, ainsi que des nouveaux apartheid et des formes modernes de colonialisme plus ou moins masqués et reproduits un peu partout dans le monde, de la Palestine à l'Europe ou à la frontière mexicaine.

Ce qui, en guise de conclusion, doit être retenu par les chercheurs, les cliniciens et les travailleurs sociaux, c'est d'avoir conscience que les réfugiés et les demandeurs d'asile sont les symptômes irréductibles d'une Histoire inquiète et douloureuse, mais aussi de différentes manières d'imaginer le passé et d'*être dans l'Histoire*. ●



Ivan Cungeorges

¹ L'expression est proposée par Frantz Fanon, à propos des patients immigrés provenant d'Algérie. Né en 1925 et mort en 1961, Frantz Fanon, médecin psychiatre et écrivain a marqué le XXème siècle par sa pensée et son action "pour la cause des peuples colonisés". Pour en savoir plus: www.frantz-fanon.com.
² Une bibliographie de référence, plus complète, est disponible à l'IWSM.
³ Voir réf. biblio. p. 48, n°37.
⁴ Voir réf. biblio. p. 48, n°35.
⁵ Voir réf. biblio. p. 48, n°32.
⁶ Voir réf. biblio. p. 48, n°43, p.101.
⁷ Voir réf. biblio. p.48, n°14, p.22
⁸ Voir réf. biblio. p.48, n°8 p.23
⁹ Fassin et Rechtman, 2007. Voir réf. biblio. p.48, n°17.
¹⁰ Young, 1995. Voir réf. biblio. p.48, n°46.
¹¹ Voir réf. biblio. p.48, n°21.
¹² Voir réf. biblio. p. 48, n°5.
¹³ Voir réf. biblio. p.48, n°30.
¹⁴ Voir réf. biblio. p.48, n°31.
¹⁵ Voir réf. biblio. p.48, n°15 et 16.
¹⁶ Voir réf. biblio. p.48, n°33.
¹⁷ Voir réf. biblio. p.48, n°43.
¹⁸ Sur les mutations du religieux et le succès du pentecôtisme, voir réf. biblio. p.48, n°40.
¹⁹ Voir réf. biblio. p.48, n°28.
²⁰ Voir réf. biblio. p.48, n°22.
²¹ Voir réf. biblio. p.48, n°7.
²² Voir réf. biblio. p.48, n°31.



La consultation ethnopsychiatrique à l'asbl Tabane

Décrivons brièvement ici un type d'intervention thérapeutique que nous pratiquons depuis huit ans. Tous les jours, nous en redécouvrons la théorie en marche, avec ses imperfections qui, nous l'espérons, se réduisent peu à peu, et aussi avec ses bonnes surprises et ses avancées imprévues. Au départ, il y a un dispositif thérapeutique mis au point à Paris par Tobie Nathan : la consultation d'ethnopsychiatrie. Le fondement de ce dispositif nous a paru intéressant et nous ne l'avons pas modifié. Quant à la manière de l'appliquer, nous ne nous sommes pas souciés d'orthodoxie et nous avons élaboré notre pratique avec ses implications théoriques, comme nous le sentions nécessaire, en fonction de nos ressources et de notre réflexion.

Dan SCHURMANS, Psychiatre
Asbl Tabane¹, Liège

Le dispositif de base est connu, mais il ne sera peut-être pas inutile de le rappeler. 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 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.

A partir de là, que se passe-t-il ? Je vais résumer ici les observations que nous avons faites sur notre propre pratique et les conséquences théoriques que nous pensons pouvoir en tirer et qui orientent désormais notre pratique.

L'accueil des croyances et des représentations

Accueillir ne veut pas dire susciter ! Les consultants se situent à des degrés divers de ce qu'on nomme de façon prétentieuse *acculturation*, et qui est en réalité la construction d'un *mixte culturel*. Ce processus est inévitable chez tout migrant, nous n'avons pas à le freiner ni à l'accélérer. Il est seulement de notre responsabilité de les aider à ce que ce mixte soit cohérent. Mais nous sommes conscients de la violence culturelle qu'ils

subissent. Il n'est pas question, dans les rapports ordinaires avec l'administration, les services sociaux, les médecins, de parler des conceptions de vie héritées de ses pères et qui sont pourtant si importantes. Les modalités d'un mariage, les devoirs à l'égard des morts de la famille, sont par exemple des données cruciales pour l'équilibre d'une personne ou d'une famille. Le groupe thérapeutique se présente comme le lieu par excellence où parler de ces choses, 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. Il n'est évidemment pas question de « jouer au guérisseur » : le guérisseur se situe à l'intérieur du contexte culturel de ceux qui le consultent. Au contraire, le groupe ethnopsychiatrique se situe nécessairement à l'extérieur. Mais il sait que toutes les représentations sociales ont une signification, que l'on peut lire et décoder en termes universels (finalement, c'est cela que les guérisseurs que nous connaissons nous ont appris de plus important).



Man Congeorges

Construction de la personnalité et trajectoire biographique

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 ?

Une position particulière à la fois d'extériorité et d'implication

A cause de la multiculturalité qui le caractérise, le groupe ethnopsychiatrique est dans une position d'extériorité par rapport à quelque type de croyance qui soit. En même temps il est très à l'écoute, très respectueux, très impliqué. Cette position particulière, rarement rencontrée ailleurs, aide les consultants qui sont souvent coincés entre la nécessité d'adaptation et le besoin de s'accrocher défensivement à leurs conceptions de vie. Elle les aide à se sentir à l'aise dans leurs croyances, mais aussi à prendre conscience de leur relativité par rapport aux conceptions d'autrui et de la possibilité du dialogue.

Le rôle de l'interprète

L'interprète jouit, dans notre dispositif, d'une position essentielle. Nous lui demandons de traduire le plus exactement possible, sans se départir de sa neutralité, et nous pourrions donc le considérer, à la limite, comme un simple interface. La situation réelle est cependant très différente : nous le constatons, il est investi d'un rôle qui dépasse fortement sa fonction. Cherchant à comprendre en quoi consiste ce rôle, nous

constatons que c'est certes, celui d'un allié, mais plus encore celui d'un *représentant* du peuple qui parle cette langue, de la famille d'origine des consultants et de leur culture. Comme nous pensons utile que les fantasmes trouvent leur expression verbale, nous cherchons à établir avec l'interprète une relation de travail telle qu'elle lui permette d'intervenir comme médiateur culturel. Ce qui suppose une formation complémentaire, que nous organisons, à ce type de travail spécifique, très différent de celui d'un interprète ordinaire. Cela suppose aussi une forme de collaboration qui ne peut se pratiquer que dans la confiance la plus grande.

Convocation des absents et des morts

L'interaction entre chacun des participants, et en particulier entre les consultants et l'interprète, favorise un autre phénomène fantasmatique d'une grande portée : ce que nous avons appelé la *convocation des absents et des morts*. Il arrive souvent que l'on ressente la présence quasi physique de personnes absentes, celles dont on parle et qui jouent un rôle, favorable ou non, dans la vie et dans les problèmes des consultants. Il est possible de s'adresser à elles, voire de parler en leur nom. Ce phénomène est conforme à la plupart des représentations traditionnelles concernant les défunts. Il est également comparable, mais en beaucoup plus intense, à celui qui se produit en thérapie systémique lorsqu'on désigne la place d'un absent au moyen d'un fauteuil vide, par exemple. Il permet une mobilisation des investissements et des associations, et rend concrète l'appartenance sociale de gens déracinés et exilés.

Une construction conjointe

Contrairement à ce qui se passe dans beaucoup de thérapies, nous ne souhaitons pas disposer dès le départ d'une procédure stricte, qu'il s'agirait seulement d'appliquer. Les règles sur lesquelles nous basons notre travail sont celles que je tente d'expliquer. Pour le reste, tout en possédant de nombreuses références théoriques, nous ignorons au départ laquelle, ou lesquelles, se révéleront utiles dans le

cas présent. A cela, les consultants ajoutent leurs propres références : les représentations tirées de leur univers culturel ou de leur propre expérience de vie. A priori, toutes ces références se valent. C'est l'expérience du travail thérapeutique qui distinguera ce qu'il faut retenir de ce qu'il faut négliger. Il y a donc là un empirisme revendiqué. Il se justifie par l'extrême variété des situations, par l'existence chez nos consultants de « cartes du monde » contraires aux nôtres, et par le tort que peut faire à quelqu'un l'application aveugle d'une méthode avérée, mais incompatible avec sa vision du monde et son image de soi. 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. ●

Asbl Tabane

✉ Rue de Steppes 28 - 4000 Liège

☎ 04/228.14.40

✉ tabane@skynet.be

¹ L'asbl TABANE a succédé, sans solution de continuité, à RACINES AERIENNES asbl. Elle est une mission spécifique du SSM « Club André Baillon » à Liège, reconnue et subventionnée par la Région wallonne et soutenue par la Province de Liège.



L'interprétariat social en Wallonie

En quoi consiste l'interprétariat social et comment y faire appel lorsqu'on reçoit un patient qui ne s'exprime pas en français ?

Nicolas CONTOR, Adjoint à la direction
Miroir Vagabond, asbl¹

Concrètement, lorsqu'un problème linguistique empêche une personne de bénéficier de la même qualité de service que si elle maîtrisait la langue française, il est possible d'avoir recours à un interprète / traducteur en milieu social. L'interprète joue le rôle de garant de la transmission la plus fidèle possible des informations qui doivent être échangées. Par une bonne compréhension entre les parties, il augmente le niveau de qualité de la rencontre dans le respect des règles déontologiques et du secret professionnel. Il contribue à une prévention efficace, à mettre mieux à profit le temps de la rencontre, à réduire les risques d'erreur (diagnostic, erreur médicale, mauvaise information, ...), à réduire les coûts inutiles liés aux éventuels examens médicaux répétés, aux essais de traitements, aux durées inappropriées de séjours, aux visites répétées chez différents spécialistes, etc.

D'un point de vue technique, par interprétariat social, il faut entendre la restitution complète de messages verbaux depuis la langue source vers la langue de destination, le plus fidèlement possible, et ce dans un contexte social défini (bien-être et santé, enseignement, emploi, logement, justice, accueil et accompagnement des demandeurs d'asile, etc.). Il s'agit toujours d'interventions de seconde ligne, à la demande des services, associations, institutions, qui agissent dans un cadre institutionnel (structures d'accueil pour demandeurs d'asile, hôpitaux,

centres de santé mentale, services sociaux, écoles, services communaux, aide à la jeunesse, etc).

Les prestations peuvent prendre trois formes : Interprétariat oral, en déplacement ou par téléphone, et traduction écrite.

Depuis octobre 2008, le paysage wallon de l'interprétariat et de la traduction en milieu social est en pleine mutation. Jusqu'il y a peu, différents « Services d'interprétariat social » (Setis) avaient un champ d'action défini territorialement et étaient attachés à une asbl régionale : Centre Régional d'Intégration (CRIPEL², CRVI³, CAI⁴, CERAIC⁵, CRIBW⁶) ou structure associative (Miroir Vagabond). Aujourd'hui, les Setis sont regroupés dans une seule structure, l'asbl « Setis wallon », dont le champ d'action - comme son nom l'indique - est la Wallonie. Il emploie une quarantaine d'interprètes / traducteurs d'origine très diversifiée, ce qui permet de pouvoir exercer la traduction et l'interprétariat dans un très grand nombre de langues. Les équipes sont dispatchées dans les différentes provinces. ●

Miroir Vagabond asbl

✉ Vieille route de Marenne 2
6990 Bourdon

☎ 084/31.19.46 📠 084/31.50.08

✉ administration@miroirvagabond.be

¹ L'asbl Miroir Vagabond est active dans le nord de la province de Luxembourg depuis le début des années 80. Son objectif est de contribuer au développement local en milieu rural avec les différents groupes sociaux qui existent et vivent dans la région par l'animation-crédation, la formation-action et l'éducation permanente. L'asbl permet aussi aux personnes de pouvoir influencer les choix d'organisation de la vie collective et d'avoir une maîtrise la plus importante possible de leur «environnement». C'est dans ce cadre qu'elle propose notamment un service d'interprétariat social.

² CRIPEL : Centre régional d'Intégration de la Province de Liège.

³ CRVI : Centre Régional de Verviers pour l'Intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère.

⁴ CAI : Centre d'Action Interculturelle de la Province de Namur.

⁵ CERAIC : Centre Régional d'Action Interculturelle du Centre (La Louvière).

⁶ CRIBW : Centre régional d'Intégration du Brabant wallon.

En pratique

La demande d'intervention s'effectue selon le principe de proximité, c'est à dire directement auprès de l'antenne du Setis de la province où le service faisant appel est actif.

► Pour la liste des antennes :

🌐 www.cofetis.be

Ou s'adresser au siège du Setis wallon

✉ place Xavier Neujean 19b - 4000 Liège

☎ 04/220.01.14.

► Vous avez besoin d'un interprète ?

Vous téléphonez ou envoyez un fax sur un formulaire pré-établi, au Setis le plus proche, en mentionnant la date et le lieu de la prestation, en précisant la langue souhaitée et l'adresse de facturation de la prestation.

► Le coût des prestations ?

Les prestations sont facturées 7 €/heure

+ frais de déplacement au barème de la Région wallonne.

Les traductions écrites sont facturées 10 € la page.



Se mettre au service de la relation

Tous les hôpitaux n'offrent pas un service de médiation interculturelle au sein de leur établissement. Plus qu'un confort pourtant, ce service est une nécessité pour l'accès aux soins de qualité des personnes étrangères ou d'origine étrangère, surtout en psychiatrie où la parole est primordiale. L'anamnèse est le premier épisode de l'intervention du médiateur interculturel.

Rencontre avec **Inga KARAPETYAN**
Médiatrice interculturelle, ISoSL¹, Liège

Un entretien réalisé par **Hélène CARPIAUX**, IWSM

« Traduire, c'est transférer un sens d'une culture à l'autre »²

Un projet pilote mené en 1997 avait permis de confirmer l'utilité de la Médiation interculturelle en hôpital. Un Arrêté Ministériel a dès lors octroyé aux hôpitaux aigus la possibilité d'un financement³ dans ce sens, étendu aux hôpitaux psychiatriques en 2000⁴.

La parole est primordiale en psychiatrie

Pour notre interlocutrice, interprète en turc, russe et arménien, un service de médiation interculturelle est primordial, surtout en psychiatrie : « Les personnes présentant un trouble psychiatrique ont déjà du mal à comprendre ce qui leur arrive lorsqu'elles sont accueillies à l'hôpital, alors, avec le barrage de la langue, ça fait beaucoup ». La médiatrice se présente dans la langue du patient. L'effet est immédiatement positif : pouvoir communiquer avec quelqu'un dans sa langue au sein de cette institution qui semble étrangère ! Le patient se sent en confiance, il pose des questions, ouvre son cœur et parvient à parler de ses difficultés.

« Les structures psychiatriques, peu développées dans les pays non occidentaux, sont souvent méconnues de ce public. Quand les patients sont conscients de leurs troubles, ils peuvent exprimer leurs difficultés au médiateur tenu par le secret professionnel, comme le fait d'avoir des hallucinations souvent vécu comme gênant à exprimer à ses proches ». La médiatrice écoute les demandes

et le patient se sent considéré. Et d'ajouter : « La médiation interculturelle n'est pas un service de confort mais de nécessité, ne fût-ce que pour faire l'anamnèse et comprendre de quoi souffre le sujet ».

Lien de triangulation

La médiation est l'interface culturelle et linguistique entre l'hôpital et ses patients. Il est également important de pouvoir transmettre au patient des informations le concernant (sur son hospitalisation, son traitement, les activités). On parlera de *lien de triangulation*. La médiatrice intervient tant à la demande des patients que des soignants, de façon organisée ou spontanée. L'objectif est de favoriser la communication entre ceux-ci afin de permettre de décoder et expliquer les codes culturels des patients et des professionnels de l'hôpital. « La fonction vient en appui du personnel soignant. L'idéal est que je devienne de plus en plus transparente au fil de mon intervention, pour que le soignant et le patient soient le plus proche possible. Ma fonction consiste à me mettre au service de la relation ».

Le respect des codes culturels

Préoccupée par les phrases du style « c'est trop compliqué avec cette personne, on ne la comprend pas », Inga Karapetyan s'applique à élucider tout malentendu et à prendre en compte le contexte culturel. « On intervient toujours dans le respect

de la culture de la personne soignée ». Chaque ethnie a quelque part ses propres codes culturels. « Il est déjà arrivé qu'une personne se soit momentanément retrouvée en isolement suite à une mauvaise compréhension. Un arménien, pour qui le langage verbal est très expansif, avait fait un signe de la main à hauteur du coup. Un geste perçu comme une menace d'étranglement, alors qu'il voulait signifier son épuisement. L'homme, considéré alors comme violent, avait été mis en isolement. Ainsi, un geste d'expressivité a été perçu de prime abord comme un geste d'agressivité ». Par ailleurs, on essaie de tenir compte de la demande des patients : une femme médecin par exemple, ou un régime alimentaire sans porc ou encore un tapis pour prier. Etre médiateur ne se résume donc pas à un travail d'interprétariat. « On essaie de répondre à leur demande, en interaction avec les règles de l'hôpital ». Mais la médiatrice insiste : « Il n'y a pas de bon comportement prédéfini à avoir. La meilleure manière de procéder est de s'intéresser à la personne ». Pour mener à bien cette fonction et sensibiliser le personnel à la diversité, l'établissement organise des conférences sur l'interculturel. Pour compléter l'offre de traduction, le service fait appel aux membres du personnel grâce à un répertoire des ressources linguistiques interne. Chacun, qu'il soit médecin, infirmier, éducateur ou assistant social, est ainsi occasionnellement amené à traduire. ●

ISoSL

✉ Rue Professeur Mahain 84
4000 Liège

☎ 04/254.77.11 🌐 www.isosl.be

¹ Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège; anciennement CHP Petit Bourgogne (site Agora), une infrastructure de 504 lits psychiatriques.

² Une citation de Terry Sullivan, professeur du Département des politiques de santé à l'université de Toronto.

³ Arrêté Ministériel du 30/12/1998 publié au Moniteur le 10/02/1999.

⁴ Arrêté Ministériel du 23/12/1999 publié au Moniteur le 06/02/2001.



L'interprète, un co-intervenant

Interprète social dans la langue albanaise depuis sept ans, je souhaite, dans cet article, témoigner de ma pratique. Journaliste dans mon pays, l'Albanie, que j'ai quitté en 1999, je suis aujourd'hui interprète en santé mentale. Une expérience humaine extraordinaire, partagée avec des professionnels très compétents, qui m'ont permis d'enrichir mon parcours professionnel.

Elsa XHEMA

Interprète social, Setis, Namur

J'ai débuté mon travail d'interprète social avec l'ouverture des portes du service « Clinique de l'Exil » à Namur, créé en 2000 pour le public spécifique des étrangers, demandeurs d'asile ou illégaux. A l'époque j'intervenais ponctuellement dans le cadre des activités d'interprétariat social du CIRE.

Je me souviens de mes débuts : accompagnée par le psychologue, je suis entrée dans la salle d'attente pour faire connaissance avec la jeune femme qui attendait, seule. Quand nous sommes entrés elle a tourné la tête vers nous, s'est levée et a souri froidement. Je l'ai saluée dans notre langue maternelle. Elle m'a regardée dans les yeux, mais son regard et sa pensée étaient ailleurs. Le psychologue a compris que la jeune femme hésitait à répondre à son invitation à commencer l'entretien, à cause de ma présence. Un sourire, une invitation, les présentations : il a suffi de peu de gestes et de paroles pour diminuer les hésitations et installer la confiance... Comme ça, nous trois, nous nous sommes engagés dans un long chemin de soutien, de partage et de soulagement... Le rétablissement de cette jeune patiente, une de mes premières et importantes expériences professionnelles, a été lent, dur, douloureux, mais l'engagement du psychologue

qui l'a encadré, m'a montré que la patience a ses fruits.

En tant qu'interprètes professionnels, nous sommes tenus à une neutralité et une réserve, mais l'expérience continue en co-intervention auprès de personnes extrêmement blessées psychiquement, mobilise inévitablement notre propre vécu. D'autant que je porte moi-même le poids de l'histoire tourmentée de mon pays d'origine et que j'ai dû, tout comme nombre de patients que nous suivons, surmonter les épreuves des premières années d'installation en Belgique : déracinement, recherche d'un statut de séjour stable, sécurité professionnelle, etc. Au contact régulier avec des psychothérapeutes, j'ai appris comment apporter la « bonne dose » de ma propre subjectivité, en clarifiant le contexte culturel, en utilisant des expressions particulières dans la traduction, en précisant des aspects de l'histoire de la personne en lien avec l'Histoire de l'Albanie ou du Kosovo, en décrivant les traditions et les coutumes de mes compatriotes, telles que le « Kanun¹ », etc.

Etant de la même origine ethnique que les patients et familière avec un contexte culturel commun, je suis souvent amenée à expliquer au psychologue des nuances pour l'aider dans la définition du problème. Cependant, parfois une trop grande proximité de l'expérience vécue peut être un obstacle au maintien du cadre thérapeutique. Ma position, durant toutes ces années a toujours été de tenter de créer un climat de confiance interethnique, tout en gardant suffisamment de distance, par exemple, en évitant les contacts avec mes compatriotes au sein de la communauté albanaise, afin, entre autres, de garantir la confidentialité. Ce qui est capital.

Sans hésitation, même s'il s'agit d'un travail éprouvant, quel que soit le service de soin en santé mentale avec lequel je suis amenée à travailler, il s'agit chaque fois d'une expérience

extrêmement enrichissante sur le plan humain. Je prends soin, autant que possible, d'éviter les fausses alliances « patriotiques » pendant l'entretien pour que le thérapeute ne se retrouve pas mis à l'écart, abandonné sur les bords de l'incompréhension par un interprète qui poursuit la discussion à son propre compte, emporté par le zèle et par la curiosité, et qui donne son propre jugement à propos du récit du patient. Durant mon intervention, encouragée par les psychologues, j'essaie de faciliter la communication entre l'intervenant et le patient, en créant une étroite collaboration, en clarifiant les rôles de chacun, faisant le lien entre les deux cultures.

Je ne fais pas un simple travail de traduction littérale. Je parle au plus près de l'expression de la personne, en essayant de mimer l'intonation de la voix et les gestes, tel un acteur, pour être au plus près de l'expression de l'émotion que ressent la personne au moment où elle parle au thérapeute. Il s'agit d'un réel travail d'identification à l'autre, qui peut être éprouvant émotionnellement pour moi-même, surtout dans les situations de femmes victimes de viol ou de violence.

Plus que traducteur, l'interprète en santé mentale est un co-intervenant. Acteur à part entière dans un triangle, contribuer ainsi à soulager la souffrance est pour moi un véritable plaisir. ●

¹ Le Kanun est un code de droit coutumier médiéval auquel se réfèrent encore certains clans d'Albanie ou du Kosovo, et qui autorise la vengeance (vendetta), malgré l'interdiction par la loi.



Rescapés tutsis du génocide en deuil différé

Partons de deux citations de rescapés traduites du kinyarwanda :

« *Un rescapé ne reconnaît plus rien, d'ailleurs il ne se reconnaît pas non plus. Toute sa famille a été anéantie, sa maison détruite jusqu'aux fondations. Ses amis et connaissances ont disparu. Aucune trace, aucune marque ne reste à son lieu de naissance qui lui est devenu étranger et menaçant. Son histoire a été à jamais effacée* ».

Parlant de comment elle se sent, une rescapée fit une comparaison bien parlante : « *Vous prenez une plante, vous la tirez de la terre et vous secouez les racines, elle ne peut que sécher, c'est ainsi que je suis devenue* ».

Tite MUGREFYA
Psychologue, MPORE¹

L'impensable, l'indicible...

Survivants, objets laissés à l'exposition pour illustrer l'efficacité d'un projet politique particulier: faire disparaître un groupe humain, ne laisser aucune trace de son passage sur la terre. Le mort devait partir avec le regret d'avoir existé, d'être né tutsi, de ressembler à son père, à sa mère et à ses grands-parents. Les discours politiques le déclaraient haut et fort, la radio le reprenait, les chansons le chantaient et les journaux l'écrivaient : les cancrelats devaient disparaître de la terre. Les survivants sortis des charniers où ils étaient couverts par des corps des membres de leur famille ne savent pas dire s'ils sont morts ou vivants. Ils n'arrivent pas à se séparer d'eux. D'autres sont sortis des marais et des buissons d'où ils étaient devenus du gibier, poursuivis par des chiens dans le brouhaha des sifflets et des cris pendant trois mois. Ils se sou-

viennent qu'ils sont restés pendant des mois sans se laver, sans se changer et souvent en mangeant des tubercules crus arrachés la nuit dans des champs. Couverts de poux, ils se reconnaissaient dans l'image distillée par la propagande fasciste du *Hutu Power*. Ils n'étaient plus des humains. A la sortie des trous, le spectacle rencontré confirmait cette image qu'on leur a inculquée. Les corps des hommes avaient été broyés et méconnaissables, quant aux femmes leurs sexes étaient devenus des dépôts de verres de bouteilles cassées ou de sticks plantés. Les survivants ont perdu leur image, l'avant-génocide leur échappe et l'après-génocide est en morceaux épars.

D'autres deuils en suspens

Les parents, les frères et soeurs, les tantes et oncles, les cousins et les amis ont été emportés par le génocide. Où sont-ils morts ? Où peut-on retrouver le restant de leurs corps ? C'est rare qu'on le sache. Citer tous les disparus ferait perdre la raison, les oublier est impensable. Que faire pour quitter ce présent des pertes massives, quel rite peut donner leur place aux parents, frères et proches disparus ? C'est une chance de trouver des os des proches pour leur donner une sépulture décente, pour les accompagner vers l'au-delà d'où ils nous regardent. Dans le Rwanda ancien le père, la mère morts reposaient soit dans leur maison soit dans l'enclos. De là, ils veillaient avec bienveillance sur la famille qui leur gardait respect et reconnaissance. Leur sagesse inspirait toujours les grandes décisions de la famille. Le décès s'accompagnait d'une période de deuil qui resserrait les liens familiaux et recimentait le tissu social. A cette occasion on resserrait les rangs. Le génocide a introduit une coupure difficilement réparable. Les bourreaux sont des rwandais, le tourment infligé aux rescapés ne leur est pas inconnu ; il est intentionnel.

Inventer des gestes contenantants

Comment faire seul le deuil de toute une famille décimée ? Déjà citer les noms des disparus donne des vertiges, on n'en vient jamais à bout. Le souffle est coupé avant et le doute s'installe sur « une vie encore possible », peut-on, pourra-t-on tenir le coup ? Pour quoi faire ? Pourquoi suis-je resté ? Et voilà que le doute s'installe, que la vie et la mort deviennent inséparables. On redoute la vie devenue impossible, la mort on l'a frôlée et puis au moins les autres ont le repos. Si on l'appelle de ses vœux, comment se séparer des morts qu'on envie ?

Ceux et celles qui se sont connus dans les marais, ceux et celles qui étaient ensemble dans les buissons et qui étaient poursuivis comme des animaux, quand ils ou elles se rencontrent aujourd'hui, un coin d'éclaircie se dessine dans un ciel sombre. Les protagonistes se rappellent tout comme si c'était hier. Un petit recul est possible ; entre victimes on peut se moquer de tout ou presque. C'est avec ces groupes d'entraide qu'on peut préparer et ébaucher des activités centrées sur la mémoire et sur le témoignage. Le génocide a visé la population tutsi, c'est un travail collectif de mémoire et de deuil qui pourra quelque peu combler le vide. Et c'est dans ce sens que les commémorations du génocide peuvent participer au soulagement par rapport à l'absence des rites comme l'enterrement (on ne sait ni où ni quand les proches sont morts). A travers des activités de convivialité couplées aux rites que les rescapés devront sans cesse inventer, on passera du gel du deuil à l'évocation de l'indicible à contourner sans cesse, avec en point de mire l'unification de l'histoire de chacun qui éclairera l'histoire collective grâce aux points d'intersection. ●

¹ MPORE est un groupe d'entraide de rescapés du génocide rwandais.



Trauma et deuil

Cet article propose de distinguer le phénomène du deuil et celui du trauma et de considérer les implications cliniques que cette distinction impose. L'analyse portera sur les trois temps psychiques de ces phénomènes : l'événement déclenchant, la réaction psychique et le travail résolutif.

Jacques ROISIN

Psychanalyste

Maître de conférence invité en Criminologie à l'UCL
Service d'Aide aux Victimes de Charleroi

L'événement déclenchant

La situation déclenchante du traumatisme psychique consiste, comme dans le cas du deuil, en la disparition d'un objet d'investissement : il peut s'agir par exemple de la foi dans l'humanité chez la victime de barbarie, de l'intégrité physique chez l'accidenté et, pour l'endeuillé, de la perte de proches, de biens, d'activités ou de statuts qui lui étaient précieux.

Toutefois, une condition s'avère nécessaire pour que la disparition puisse déclencher une réaction traumatique. Celle-ci ne se produit en effet que lorsque la disparition est appréhendée en tant que néantisation - au sens de la réduction à néant - d'un objet « vital » pour le sujet, c'est-à-dire auquel est attaché le sentiment de la vie.

Prenons un exemple. Lors d'une récente intervention, Esther Mujawayo¹, rescapée du génocide rwandais, rapportait le témoignage suivant. Lors d'un voyage au Rwanda elle a voulu retourner dans son village : sa maison avait été rasée et à sa place il n'y avait plus que de la terre. Son choc était focalisé sur un détail particulier : le petit chemin menant à la maison avait lui-même été supprimé ! L'absence du chemin accomplissait l'impression provoquée par la vue de la scène où manquait sa maison : c'est comme si jamais il n'y avait eu de maison là-bas à cet endroit précis. « *Le chemin et la maison existaient en nous dans notre souvenir et on voyait comme s'ils n'avaient jamais été là et cette double perception créait en*

nous comme de la folie », expliquait-elle. Le propos d'Esther fait entendre la frontière qui sépare le trauma et le deuil car la rencontre du néant est au-delà de la perte : dans le cas du deuil, la disparition d'un objet d'investissement est vécue psychiquement sur le versant de la perte, d'une séparation éprouvante ; la teneur centrale de l'expérience n'est pas celle d'une confrontation au néant. Pendant le témoignage d'Esther, le terme d'« annihilation » lui vint à la bouche, et ceci nous conduit à la deuxième différence entre le deuil et le trauma, celle qui se produit au niveau de la réaction psychique.

La réaction psychique

La réaction de deuil trouve sa teneur dans la douleur dépressive, les manifestations en sont bien connues : dépression douloureuse, désintérêt pour la vie, incapacité d'aimer, inhibition des activités. La réaction traumatique est au-delà de la douleur liée à la perte ; il s'agit d'une expérience d'anéantissement psychique. « *Je n'étais plus rien* », « *Je n'existais plus* », « *On disparaît dans un trou noir* » sont autant de phrases entendues à la consultation de victimes d'agressions, et le verdict surgit alors : « *Monsieur, ce jour-là je suis mort !* ». Lorsqu'ils nous parlent, nos patients visent une mort qui se situe au-delà de la perte de la vie, évoquant un néant éprouvé et pourtant irréprésentable². C'est pourquoi j'ai souligné le terme d'« anéantissement psychique » et

c'est en ce sens que j'ai proposé l'énoncé « le trauma est la rencontre du réel de la mort », le terme lacanien de « réel » désignant la dimension de l'expérience irréprésentable. Cette formulation a souvent été reprise dans un autre sens, celui d'une rencontre de la mort physique de proches ou de la menace de mort physique de soi-même ou de proches comme condition à la survenue d'un traumatisme psychique, ce que contredisent, par exemple, les traumas du viol et de l'abus. L'anéantissement psychique est vécu avec effroi et sentiment d'impuissance. Le destin psychique de celui qui ne se remet pas d'une réaction traumatique est celui de la survivance. La personne y est engluée dans les affres de la compulsion mortifère et des mécanismes défensifs pour y survivre³.

Le travail résolutif

Enfin, considérons le travail résolutif. Freud a souligné deux composantes du travail de deuil, celle du désinvestissement de l'objet et celle du réinvestissement des satisfactions que la personne peut trouver dans la vie : « Sur chacun des souvenirs et des situations d'attente qui montrent que la libido est rattachée à l'objet perdu, la réalité prononce son verdict : l'objet n'existe plus ; et le moi, quasiment placé devant la question de savoir s'il veut partager ce destin, se laisse décider par la somme des satisfactions narcissiques à rester en vie et à rompre sa liaison avec l'objet anéanti⁴ ». En fait le travail des endeuillés qui porte sur l'investissement de l'objet perdu comporte une composante qui ne se réduit pas au processus de désinvestissement souligné par Freud. Cette composante c'est la *souvenance* de l'objet intériorisé, c'est-à-dire la poursuite de l'attachement aux scènes qui lient l'endeuillé à l'objet qui lui est cher : en revoyant ces scènes, la personne endeuillée peut penser aux apports bénéfiques qu'elles lui ont procuré, elle peut les reconnaître dans leur statut

de réalités passées, elle peut aussi accepter la part de déception, de manque qui avait été présente dans la relation à l'objet aimé.

Précisément, ce travail de désinvestissement dont parle Freud à propos des endeuillés n'est pas réalisable chez les personnes en trauma. Dans les cas de trauma, en effet, les traces des événements destructeurs remplacent les souvenirs liés aux objets d'attachement : la compulsion de répétition⁵, responsable de la répétition des traces traumatiques trait pour trait, rend inefficace le travail sur les souvenirs de l'objet détruit, que ce soit dans la visée du détachement comme dans celle de l'évocation des objets internes. Par ailleurs, le *choix de vivre* « plutôt que de partager le sort de l'objet perdu » me semble énoncer une ambition que peut prendre un travail sur l'emprise traumatique. Mais le travail clinique avec les personnes traumatisées révèle que ce « choix » est précisément en impasse et qu'il demande une opération particulière sans laquelle il demeure inaccessible. J'ai décrit⁶ cette opération comme liaison d'Eros et de Thanatos, car il s'agit que les pulsions de vie soient mobilisées pour ne plus être au seul service de la survie psychique et que l'anéantissement soit subjectivé, rendu supportable et relié au désir de vivre.

Trois types d'intervention

Les différences qui séparent le trauma du deuil impliquent des types d'interventions particuliers, j'en évoquerai trois parmi les plus importants. Je voudrais d'abord souligner la nécessité d'une



Jean Cocteau

présence effective de la part de l'intervenant lorsque le patient consulte en situation traumatique ou lorsqu'il aborde un foyer traumatique lors de son suivi. Je vise ici la préoccupation marquée envers des personnes parfois écrasées par un vécu d'impuissance, la qualité active de la relance dans le sens des ressources et de l'ouverture

à l'espoir, le rappel du caractère inadmissible des actes violents dans les moments où les personnes adressent leurs détresses liées à l'inhumanité des agressions subies. A l'opposé, l'attente passive vient conforter la personne dans sa rupture avec la communauté des hommes. Je voudrais ensuite évoquer la vertu de la parole vivifiante, qui ose affronter les pulsions mortifères et est porteuse de vie. C'est la dimension de la parole qui œuvre au maintien de la vie psychique, véritable acte d'animation voire de réanimation psychique (comme lorsque des personnes apparaissent plus mortes que vivantes), parole qui nomme et aide à subjectiver la fascination mortifère, qui entretient le désir de vivre entre les interlocuteurs. Après des personnes en trauma, il s'agit souvent d'être ambassadeur du monde des vivants au royaume des morts. Enfin je terminerai en évoquant que l'objet vital fondamental mis à

mort chez tout agressé qui vit un traumatisme psychique est la foi en l'humanité des hommes. A cette destruction peut répondre un travail de relance, que ce soit au niveau d'une réinscription dans le réseau communautaire, au niveau d'une participation à un groupe de parole, au niveau d'un travail subjectif reprenant les envies de vengeance et les aptitudes et difficultés à la vie civilisée. Ainsi les personnes que nous mettons au travail peuvent retrouver un sentiment d'appartenance à la communauté des hommes hors duquel nul ne peut désirer vivre. ●

	Deuil	Traumatisme
Disparition de l'objet	Perte	Néantisation
Réaction psychique	Vécu dépressif	Anéantissement psychique et survivance
Travail résolutif	Investissement : (dés-et ré)investissement de l'objet, réinvestissement de la vie	Travail de liaison (Eros et Thanatos)

Tableau : le deuil et le traumatisme

¹Lors de son intervention au colloque « Du silence et de l'oubli à la mémoire collective », Clinique de l'Exil Namur, le 22 février 2006.

²J'ai longuement développé cette conception dans ma thèse De la survivance à la vie. Clinique et théorie psychanalytiques du traumatisme, Thèse de doctorat UCL, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Louvain-la-Neuve, 2003. Voir également mon article repris en réf. biblio p.48, n° 38.

³Voir thèse de l'auteur, op cit. note 2.

⁴Freud S., Voir réf. biblio. p.48, n°18, p. 166.

⁵Répétition pure, différente du retour des représentations refoulées qui s'accomplit à travers de multiples transformations.

⁶Voir réf. biblio. p.48, n°39.



La prise en charge des enfants primo-arrivants

Travailler avec des enfants primo-arrivants implique de prendre en compte la culture d'origine de leur famille et leur expérience migratoire. Marie-Rose Moro, pédopsychiatre, a mis en évidence à travers différentes études cliniques que les enfants de migrants sont porteurs d'une vulnérabilité plus importante. « *Selon la définition classique, la vulnérabilité exprime la faible capacité à résister aux traumatismes (...). Cette fragilisation se manifeste sur le plan psychologique par des sensibilités et des faiblesses, réelles ou latentes, immédiates ou différées, dormantes ou explosives (...). Grandir en situation transculturelle serait un facteur de risque pour la structuration psychique* ».¹

L'équipe « Santé en Exil » du SSM « l'Accueil medico-psychologique » de Charleroi se penche sur cette souffrance particulière dans le cadre d'une collaboration qui s'est développée au sein du service, entre l'équipe spécialisée et l'équipe « Enfant ». Récit d'une expérience².

Virginie KOLELA-KABANGU, Psychologue
Marie-Christine DRION, Coordinatrice
Santé en Exil³, Charleroi

Les enfants primo-arrivants ont la particularité de connaître la migration, en tant qu'expérience sociale et psychique, durant les stades précoces de leur développement. Le statut d'imaturité de l'enfant le rend fondamentalement dépendant de son environnement dans ses composantes familiales et sociales. Les raisons de la migration (réelles ou fantasmées par l'enfant), ainsi que les conditions d'accueil vont influencer la gestion que l'enfant fera de sa position intermédiaire dans la trajectoire intergénérationnelle. Position intermédiaire entre deux cultures qu'il devra s'approprier, en plus des missions qui lui sont attribuées par la famille du fait de son statut particulier et de sa trajectoire individuelle et familiale. Confronté d'emblée à la culture de la société d'accueil (par l'intermédiaire de l'école notamment), l'enfant en acquiert généralement les codes plus rapidement que ses parents, ce qui peut le placer, vis-à-vis de ses parents, dans une position « d'expert » de la société d'accueil.

Lorsque le vécu pré-migratoire et les conditions d'accueil ont mis à mal la capacité des parents à utiliser leurs ressources, et à créer un environnement suffisamment sécurisant pour l'enfant, les rôles et positions familiales risquent facilement de glisser vers un effacement des frontières intergénérationnelles, menant à des situations de parentification.

La pratique avec les demandeurs d'asile, les primo-arrivants et les migrants en général, nous confronte à des représentations de l'enfant et des modèles de parentalité très diversifiés. Les réponses que nous offrons à ces familles ne peuvent être imposées via des modèles issus uniquement de la culture de la société d'accueil. Le sens de notre travail se situe dans la co-construction avec les familles, dans une mise en perspective des représentations de l'enfant et des modes de souffrance culturellement admis ainsi que des soins qui en découlent. Pratiquement, cette position requiert des outils et des aménagements de nos cadres de travail, afin que l'offre de soins s'adapte

à la réalité des familles et non l'inverse. Par exemple, nous avons recours à des interprètes sociaux afin de permettre aux familles d'utiliser leur langue maternelle. De par sa position d'entremetteur, l'interprète constitue une ressource pour le professionnel et la famille et facilite la création de l'alliance thérapeutique. Ce rôle de passeur entre les mondes est souvent dévolu à l'enfant, qui, comme le décrivent Moro et Abdelhak, pourra ici s'identifier à l'interprète. « *Cette fonction est très importante pour l'enfant. Le traducteur incarne ce passage et l'enfant s'appuie sur lui pour faire ce travail si difficile de lien entre le dedans et le dehors* ».

La vignette clinique suivante illustre la vulnérabilité des enfants, ainsi que les représentations et pratiques éducatives respectives des professionnels et parents migrants.

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, 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 ILA⁵ 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 CGRA⁶ 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 actuellement⁷. 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 anxio-dépressifs connaissent une recrudescence.

Cette famille a mis en évidence la nécessité de travailler conjointement avec l'équipe « Enfant »

et de replacer nos interventions dans le contexte socio-culturel et juridique spécifique de la famille (demande d'asile, demande de régularisation, méconnaissance des institutions et de la langue, vie en collectivité...). Notre cadre, tiers par rapport aux autres structures (Centre d'accueil, CPAS, SAJ, CGRA), nous a permis de reconnaître et remobiliser les compétences parentales, par une mise en dialogue des représentations portées par chacun. ●

Santé en Exil

✉ Grand Rue 67 - 6000 Charleroi

☎ 071/41.21.02

✉ cms@skynet.be

¹ Moro et coll., voir réf. biblio. p.48, n°34, p.386.

² Une bibliographie de référence, plus complète, est disponible à l'IWSM.

³ Impulsé par le CeRAIC (Centre Régional d'Action Interculturelle du Centre), « Santé en Exil » est subsidiée depuis 2004 par la Région wallonne comme équipe spécifique en clinique transculturelle au sein du SSM « l'Accueil Médico-Psychologique » de Charleroi. Cette équipe s'adresse prioritairement aux personnes réfugiées victimes de violences organisées et à toute population étrangère ou d'origine étrangère sur le territoire hennuyer. Sa méthodologie implique le recours à des interprètes sociaux, au réseau et à l'ethnopsychiatrie.

⁴ In Moro et coll., voir réf. biblio. p.48, n°34, p. 246.

⁵ ILA : Initiative Locale d'Accueil (gérée par le CPAS).

⁶ CGRA : Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides.

⁷ Il s'agit de centres d'accueil pour familles d'illégaux.



L'accompagnement des Mineurs Etrangers Non Accompagnés

Souffrance, exil, mensonge, silence, tuteur, placement, traumatisme, incertitude, solitude... Tous ces mots résonnent lorsqu'on évoque la problématique des MENA (Mineur Etranger Non Accompagné). « Qui sont-ils réellement ? » et « Comment travailler avec cette population ? », telles sont les deux principales questions dont traite cet article¹. La difficulté d'y répondre révèle la complexité de cette problématique.

Elise DELENS²

Psychologue, Bruxelles

Cédric a 13 ans, il est originaire du Rwanda et a introduit une « demande d'asile » depuis peu. Son témoignage est mis en doute parce qu'il n'a pas répondu à toutes les questions posées lors de l'entretien avec l'auditeur au Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides (CGRA). Son avocat et sa famille d'accueil lui ont expliqué à quel point il est important, pour être reconnu « réfugié », de répondre à toutes les questions posées. Cependant, Cédric maintient son discours et ne donne pas plus de précisions. Il attend la suite de la procédure, il ne sait pas s'il obtiendra le statut de « réfugié » ou s'il restera dans l'incertitude jusqu'au jour de sa majorité. Cédric vit dans un centre d'hébergement avec d'autres jeunes. Ce soir, en rentrant de ce rendez-vous, il mange avec Safiatou, 14 ans, qui sort d'un rendez-vous avec la psychologue. Elle a confié à cette dernière vouloir se suicider. Elle se sent seule, loin de ses parents, et ne pense plus pouvoir être heureuse un jour. Elle est préoccupée par des questions telles que « comment faire quand on est grand pour trouver un boulot qui permet de manger et de nourrir des enfants mais aussi d'envoyer des sous à la famille, restée au pays ? ». Dans le réfectoire, ils sont nombreux et ont chacun une histoire de vie singulière.

Beaucoup de ces jeunes sont définis comme Mineurs, Etrangers, Non Accompagnés. La Loi

belge entend par là « toute personne de moins de 18 ans, non accompagnée par une personne exerçant l'autorité parentale ou la tutelle, ressortissant d'un pays non membre de l'Espace Economique 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 du territoire et de séjour déterminées par les lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers »³.

Une telle dénomination est extrêmement réductrice car sous ce statut on trouve des individus provenant d'horizons multiples et variés et ayant par conséquent des parcours de vie extrêmement différents. Réduire une existence à un statut peut être très violent. Cela a des implications sur la construction identitaire du jeune concerné et ses relations avec son entourage.

Être mineur

Avoir « moins de 18 ans » implique un traitement particulier à l'égard du mineur. Il n'est pas considéré comme responsable de lui-même, même si d'un point de vue anthropologique⁴, la notion de minorité est toute relative. En Belgique, l'intérêt supérieur de l'enfant⁵ prime sur toute autre condition, c'est ainsi que les MENA bénéficient d'une protection juridique jusqu'à leur majorité.

Jeammet⁶ ou Erikson⁷ nous rappellent à quel point la dimension de reconnaissance sociale est essentielle dans le processus de construction du sujet. Aussi, dans le travail d'accompagnement de ces jeunes, plutôt que de partir de nos propres représentations, il est essentiel de partir de la représentation que le sujet a de lui-même, en tant que mineur mais aussi sur d'autres plans, y compris dans sa culture d'origine, afin de permettre à ce sujet d'exister aux yeux de la société d'accueil. Dans certains pays d'Afrique, où la communauté prévaut sur l'individu, le sujet n'est pas exclusivement un sujet de droit et les jeunes sont plus rapidement considérés comme responsables⁸.

Être étranger

La condition d'étranger implique d'abord un vécu de déplacement, dont la raison est variable, mais qui s'accompagne souvent, selon les situations, d'un vécu de rupture, de traumatisme ou de choc culturel. Être étranger implique ensuite que chacun d'entre eux s'inscrive dans une démarche juridique afin d'obtenir un droit de séjour sur le territoire belge. Cette particularité s'immisce dans tous les domaines de la vie du MENA. Chaque déclaration de sa part, chaque attitude, un comportement négligeant d'un point de vue scolaire, un problème d'ordre médical, tous ces facteurs sont susceptibles d'influencer sa situation administrative liée à l'obtention d'un séjour. Ceci peut expliquer la fréquence de discours « mensongers » ou encore de « silences » de la part de jeunes concernant leur histoire de vie, dans le cadre des diverses interventions autour et avec lui : psychologique, sociale, médicale, éducative, ...

Être non-accompagné

Juridiquement, être non accompagné désigne l'absence d'un adulte responsable de ces jeunes

comme potentiel interlocuteur. Il s'agit à nouveau d'une perception relative du problème dans la mesure où, selon la Loi belge, l'accompagnateur ne peut être un oncle, une tante ou un frère du jeune. Le jeune n'est pourtant pas seul. Autour de lui gravitent beaucoup d'adultes : l'avocat, qui assure le suivi législatif de la procédure ; le tuteur, une institution ou famille d'accueil, parfois le Service d'Aide ou de Protection de la Jeunesse. Les intervenants étant nombreux, le travail en réseau est indispensable. Néanmoins, il est important de préserver un espace de confidentialité, indépendant de la procédure d'asile ou de demande de séjour si l'asile a été refusé, et si on y parvient, de le baliser avec le jeune. Par ailleurs, dans certains cas, une appréhension du jeune comme étant « non-accompagné » compromet la place et le rôle d'un adulte pourtant existant et/ou parfois présent mais non reconnu. De plus, l'absence de ce parent n'équivaut pas à son inexistence. De fait, la question de la reconnaissance et de la place laissée aux référents parentaux et/ou culturels, malgré leur absence, est centrale. Car au-delà de cette dimension juridique, c'est le vécu de séparation qui est central du point de vue psychologique.

Enfin, les questions de statut social et de procédures administratives étant omniprésentes lorsqu'on aborde un travail avec des jeunes « MENA », il est indispensable d'en saisir l'ampleur, ainsi que de comprendre le contexte dans lequel ils se trouvent et auquel nous participons en tant que professionnels du champ de la santé mentale ou du social. Malgré un tel contexte, le soutien qu'il est possible d'offrir à ces jeunes est précieux et il est important de parvenir à appréhender ces jeunes dans leur singularité sans les réduire à un « autre » radica-

¹ Une bibliographie plus complète est disponible à l'IWISM.

² Ancienne stagiaire au centre pour MENA « El Paso » à Gembloux, l'auteur a réalisé un mémoire sur la construction identitaire chez les MENA. Elle travaille actuellement comme bébévole dans les consultations de groupe au CHU Brugmann à Bruxelles et comme accueillante à l'asbl « Médecin du monde ».

³ Loi-programme du 24 décembre 2002, Titre XIII, Chapitre 6, Art 479, M.B., 31 décembre 2002.

⁴ Voir réf. biblio. p.48, n°36.

⁵ Article 3, Convention internationale des droits de l'enfant, 1989.

⁶ Voir réf. biblio. p.48, n°23.

⁷ Voir réf. biblio. p.48, n°13.

⁸ Voir réf. biblio. p.48, n°25.

⁹ Voir coordonnées p.45.

Les nouveaux enfants

Philippe WOITCHIK, Psychiatre
Psycho-Etterbeek et CHU Brugmann⁹ à Bruxelles

Depuis une quinzaine d'années, la consultation d'ethnopsychiatrie au CHU Brugmann accueille des patients essentiellement issus de la migration et présentant des symptômes à fort codage culturel.

Nous recevons nos patients, seuls ou accompagnés de leur famille et/ou de leurs intervenants psychomédico-sociaux, en groupe de co-thérapeutes. Ce groupe est constitué de psychologues en formation ainsi que de professionnels « psy », d'anthropologues et de sociologues... Les « psy » présents sont de courants psychothérapeutiques divers.

Le cadre groupal permet, en plus de sa fonction « contenante », une mise en place de possibilités de transfert pour un début de resocialisation. C'est le cas notamment de patientes présentant des pathologies liées à des ruptures personnelles ou sociales, de type post-traumatiques, qui peuvent créer certains liens avec les co-thérapeutes.

Parmi les patients, nombreux sont les adolescents présentant des troubles psychiques et comportementaux. Ces adolescents font parfois partie de ce que l'on nomme les « MENA », mineurs étrangers non accompagnés. Certains de ces jeunes sont institutionnalisés, d'autres vivent dans des familles d'accueil.

Parmi eux, les enfants soldats et les enfants sorciers coincés entre les démarches administratives, leur demande d'asile et les questions de loyauté au groupe d'origine et au nouveau système de prise en charge en Belgique, peuvent présenter des comportements dits « à risque » avec, aussi, la crainte d'être expulsés et renvoyés au pays dès leur majorité.

Les enfants soldats

Ils ont souvent été décrits et même médiatisés et leur situation ne sera pas développée ici.

Les enfants sorciers

Ce terme est apparu il y a plus de 10 ans en Afrique Centrale dans un contexte de ruptures familiales et sociales lié à une situation chronique de guerre et de misère sociale.

Ces situations dramatiques et violentes ainsi que l'absence d'un système éducatif et de soins permettent des interprétations de type magico-religieuses aux troubles présentés par ces enfants. Il s'agit principalement de jeunes présentant des troubles du comportement. Pris dans ce système d'interprétation, l'enfant peut parfois lui-même confirmer par ses paroles une appartenance plus ou moins fictive à ce monde de sorcellerie des temps post-modernes.

La réapparition des discours sur la sorcellerie est donc intimement liée à la renaissance de croyances diverses dans un contexte d'acculturation violente.

Maltraités et rejetés par leur entourage, ces enfants sont parfois envoyés chez certains prêtres évangélistes qui proposent des « thérapies » d'exorcisme tout autant maltraitantes.

Pour conclure, je pense que la prise en charge psychothérapeutique de ces « nouveaux patients adolescents » ne peut faire l'économie de recadrer leurs pathologies dans un contexte d'acculturation ainsi que de néo-culturation (sorcellerie moderne) perverses.



Exil et adoption

L'adolescence est une étape souvent remuante, tant pour celui qui la vit que pour son entourage familial d'ailleurs ! Durant cette période, construction de l'identité et remaniement de l'appartenance se croisent -et parfois se ratent-, au rythme saccadé de la poussée pubertaire et des transformations du système familial ... Comment aborder la spécificité de ce parcours pour des jeunes ayant vécu des ruptures : les adolescents exilés et ceux qui ont été adoptés ?

Ebauche de réflexion à la lumière de la théorie de l'attachement et de la notion d'appartenance.

Anne-Pascale MARQUEBREUCQ¹

Psychologue et psychothérapeute

Directrice du centre Le Tamaris² à Bruxelles et Consultante à l'Envol³ à Loupoinne

Aurore est arrivée dans sa famille d'adoption à l'âge de 5 ans. Sa mère est morte quand elle avait 4 ans. Elle a vécu dans un orphelinat en Amérique du Sud quelques mois avant d'être adoptée par un couple belge. Très vite, elle s'adapte à sa nouvelle vie, parle français, intègre l'école, crée des liens avec sa famille. Elle intègre les valeurs de sa famille et de son environnement, assez favorisé. Quand les parents demandent de l'aide, Aurore a 14 ans. Ils ont remarqué il y a plus ou moins un an (entrée en secondaire) qu'elle volait et mentait. Mais ce qui a motivé la consultation, c'est qu'elle a récemment frappé sa mère, lors d'une banale confrontation au sujet du rangement de sa chambre... Par ailleurs Aurore se comporte bien à l'école et a de bons amis. Les parents sont abattus, ils expriment leur tristesse face à la perte de la relation de confiance avec leur fille, et leur peur d'une rupture du lien. Tout ceci survient dans un contexte de « départ du nid » des aînés, enfants biologiques du couple et d'une crise professionnelle pour Monsieur, qui exprime aussi sa fatigue et son incompréhension face aux altercations violentes entre sa femme et sa fille. Le couple connaît des moments difficiles...

Tom est arrivé en Belgique en 1995, à l'âge de 4 ans. Ses parents ont disparu pendant le génocide au Rwanda et il a été recueilli par un oncle et sa femme. Ils sont venus se réfugier en Belgique. Leur demande d'asile aboutit favorablement. Quand Tom a 14 ans, sa tante et son oncle se séparent. Tom se retrouve seul avec son oncle, qui travaille de nuit et qui le met à l'internat. Pendant les week-ends et les vacances, Tom passe de plus en plus de temps dans la rue et se met à fréquenter une bande. Les résultats scolaires chutent. Tom cache à son oncle ses « activités en groupe » : virées nocturnes, vols, bagarre, consommation d'alcool et de cannabis... Jusqu'au jour où il est gravement blessé lors d'une rixe avec une bande rivale... L'oncle, conseillé par l'internat, fait appel au SAJ. Tom est placé.

Dans ces deux situations, les premiers symptômes surviennent au moment de la poussée pubertaire et d'un nouveau défi d'autonomie. On constate également dans les deux cas que le système familial vit aussi à ce moment-là un remaniement important (départ des aînés et crise de couple dans un cas, séparation du couple dans l'autre...). La problématique de

l'adolescent et celle de ses parents se télescopent, ce qui favorise l'apparition de conflits⁴. Les pairs, quant à eux, jouent un rôle important : positif dans le premier cas, et plutôt négatif dans le second...

Parcours de ruptures et devenir de l'attachement à l'adolescence

Face aux défis qui s'imposent à lui - nouvelles capacités cognitives, enjeux de l'autonomie, sexualisation des liens - l'adolescent est amené à revisiter la qualité de ses attachements⁵. On peut dire que ce qui caractérise cette période, c'est une « poussée d'insécurité », tant pour le jeune que pour sa famille. Cette insécurité va réactiver leurs attachements. Si ceux-ci étaient sécurisés, les stratégies relationnelles sont souples, la régulation des émotions (en particulier lors des séparations et des conflits) est possible. Une bonne base familiale de sécurité⁶ permet à l'adolescent d'entrer en conflit avec ses parents et de vérifier la qualité des liens. C'est fort de cela qu'il peut aller explorer le monde et s'ouvrir à de nouveaux apprentissages. Dans les cas d'appartenan-



ces multiples (exil, migration, adoption), c'est précisément la sécurité de l'attachement qui permettra de faire le lien entre ces appartenances, et même de s'ouvrir encore sans trop de peur à de nouvelles appartenances...

Mais si ces attachements étaient insécures, tout devient beaucoup plus difficile, et en particulier s'il y a eu pertes et séparations dans la petite enfance, ce qui est le cas tant pour Aurore que pour Tom. Dans de telles situations, l'adolescent « *ne peut conserver une relative sécurité qu'en modifiant ses perceptions de la réalité afin que le système représentationnel qu'il a construit ne soit pas trop remis en cause* »⁷. Des crises ouvertes peuvent survenir en famille, menaçant douloureusement la continuité des liens... C'est le cas pour Aurore qui insécurise et menace ses parents en provoquant, sans doute pas tout à fait consciemment, des remises en question de leurs représentations

d'eux-mêmes comme « bons parents ». Ceci est d'autant plus frappant qu'Aurore se comporte bien à l'extérieur. On peut faire l'hypothèse qu'elle a développé un attachement « pseudo-sécure » : elle est une bonne confidente pour ses amies, mais ne parle pas vraiment d'elle-même. Elle se maintient ainsi dans une image positive pour les autres et ne peut pas exprimer ses émotions négatives. Cependant, sa

capacité à confronter « en direct » sa mère peut être aussi un signe que le lien est suffisamment solide pour être à ce point testé... La crise actuelle que vivent Aurore et sa famille ne pourrait-elle pas être une occasion pour elle de modifier ses premiers attachements pour aller vers une plus grande sécurité ?

Quant à Tom, on peut faire l'hypothèse qu'il boit et fume des joints pour atténuer la douleur liée à son impossibilité de gérer sa vie émotionnelle. Les comportements délinquants quant à eux adressent également un cri d'alarme à l'entourage... Dans son cas, les figures parentales avaient depuis longtemps des difficultés à le soutenir et à lui poser des limites, et cela peut être, au moins en partie, relié à la situation d'exil. En effet, la fragilisation de la parentalité est quasiment systématique dans ces situations extrêmes : adultes ayant vécu le traumatisme de la guerre, déracinés, ayant perdu leurs repères et attaches, confrontés aux défis de l'intégration, à la méfiance et au racisme... Tom, lui-même traumatisé, ne protège-t-il pas son oncle en agissant ses symptômes à l'extérieur de la famille, tout en dénonçant également la négligence dont il est l'objet ?

Conclusion

Devenir autonome, c'est accepter son interdépendance et développer ses capacités à vivre en société. C'est donc multiplier ses appartenances. Cette capacité à aller vers d'autres systèmes d'appartenance que le système familial pour poursuivre son développement nécessite une bonne base de sécurité. Il faut être « bien attaché » pour « bien se détacher »... Et c'est précisément là l'enjeu pour les adolescents qui ont derrière eux des parcours de rupture. Comment se séparer, s'éloigner, même provisoirement, alors que c'est justement « là que ça fait mal » ? La réactivation des premiers liens d'attachement face à l'insécurité de l'adolescence ne confronte-t-elle pas ces jeunes à de véritables réactivations traumatiques ? Décès, disparition, arrachement plutôt que

séparation... Toutes ces pertes, si elles n'ont pu être un tant soit peu élaborées, resurgissent sous la forme de symptômes parfois « explosifs »... Mais l'adolescence peut être aussi pour ces « enfants blessés », et pour leurs familles, une nouvelle occasion de les élaborer. De plus, l'adolescence, comme deuxième étape du processus de séparation-individuation, et comme période de remaniement psychique, peut constituer, à certaines conditions, une occasion de faire évoluer favorablement un style d'attachement insécure. En tant que professionnels, ces situations nous obligent souvent à faire dialoguer plusieurs champs de pratique : psychologique, sociale, médicale, juridique ; et plusieurs « formats » d'accompagnement : individuel, de couple, familial, de groupe... Quel que soit le type de prise en charge, ambulatoire ou institutionnelle, il s'agira d'accompagner l'adolescent et de soutenir ses parents, afin de tirer parti de la crise pour accompagner la famille dans son remaniement. ●

Le Tamaris

✉ Av. E. de Thibault 41- 1060 Etterbeek
☎ 02/640.20.73

L'Envol

✉ Chaussée de Charleroi 33
1471 Loupoigne
☎ 067/34.51.30
✉ croisee.chemins@skynet.be
🌐 www.croiseedeschemins.be

¹ L'auteur a aussi mis sur pied et coordonné, au centre Exil à Bruxelles, le programme « Enfants-Familles » et a co-dirigé, avec le Docteur Barudy, une recherche-action sur le soutien de la parentalité bien-traitée au sein des familles exilées. Voir référence bibliographique p.48, n°2. Elle est également formatrice.

² Le Tamaris est un Centre d'Accueil Spécialisé pour des adolescents en souffrance et en situation de rupture.

³ L'Envol propose des consultations spécialisées et des espaces de groupe pour les enfants adoptés et leurs parents.

⁴ Voir réf. biblio. p.48, n°10.

⁵ Voir réf. biblio. p.48, n°10.

⁶ Voir réf. biblio. p.48, n°4.

⁷ Voir réf. biblio. p.48, n°10.



Man Congeorges



Les parents face au défi de l'Exil

Cette contribution s'intéresse à l'accompagnement de couples et de familles en difficulté, d'hommes et de femmes de la première génération, qui viennent juste de s'installer en Belgique. Elle portera un regard sur la crise qui survient au sein de la famille à cause du changement de contexte écologique dans lequel elle vit... La perte de l'environnement écologique en effet, en particulier l'absence de la famille élargie, exige une réorganisation de la structure du noyau familial (fonctions et rôles de chacun) et la possibilité de pouvoir adopter de nouvelles stratégies.

Reza KAZEMZADEH, Psychothérapeute familial

Service de santé mentale Exil¹ et Service de psychiatrie mobile², Bruxelles

La majorité de ces familles disposaient, avant d'arriver ici, de ressources suffisantes pour pouvoir envisager de s'installer en Belgique. Même si elles ont rencontré beaucoup de problèmes dans leur parcours, elles avaient jusqu'à pu fonctionner d'une manière relativement saine et adaptée. C'est le fonctionnement normalisé de la plupart de ces familles dans le passé qui a attiré mon attention. Il m'a rendu prudent dans ma manière d'identifier et d'interpréter leur dysfonctionnement actuel dans le contexte de l'immigration.

Un détour par l'anthropologie

Pour mieux comprendre la crise que vivent ces familles après leur arrivée dans notre pays, il nous faut savoir comment elles fonctionnaient avant, dans leur pays d'origine. C'était pour moi la seule manière de saisir pleinement le sens de cette crise.

Je voudrais vous parler ici de ce que les anthropologues appellent «la famille communautaire endogame» que nous retrouvons dans une grande partie du monde arabe (comme le Maroc, la Tunisie, l'Égypte, etc.) et dans d'autres pays comme la Turquie, l'Iran et le Pakistan. Pour définir sommairement la famille communautaire endogame, nous pouvons en donner trois caractéristiques importantes :

- ▶ En premier lieu, celle de l'égalité des enfants

mâles définie à partir des règles successorales, ce qui signifie que l'héritage est divisé équitablement entre les frères. Cette caractéristique est déjà un élément distinctif qui la différencie par exemple de « la famille souche », dans laquelle le patrimoine est indivisible et intégralement transmis à l'un des enfants, dans la majorité des cas le fils aîné.

- ▶ Le deuxième élément important de la famille communautaire endogame est le fait que les frères d'une même fratrie, une fois mariés, continuent à cohabiter avec les parents. Ce qui d'antan amenait à construire de grandes maisons où pouvaient facilement cohabiter trois générations.
- ▶ L'aspect original de cette famille est le mariage entre cousins paternels parallèles. Si, en Europe, nous avons différents systèmes de parenté (la famille souche, nucléaire absolue, communautaire, ...), ils ont tous un point en commun : ils sont exogames. Le caractère d'endogamie renforce encore plus les rapports entre les frères, et tissent des liens forts entre la famille nucléaire et la famille élargie.

Une fois la famille arrivée en Belgique, elle perd du coup tout son système naturel de vie. Ce changement brusque de l'environnement provoque une crise aiguë au sein de la famille, face à laquelle elle est amenée à faire des tentatives pour s'organiser d'une manière adaptée à la situation.

Imperméabilité des frontières

Jadis, la frontière entre la famille nucléaire et la famille élargie était fort perméable et fluctuante. Les grands-parents, les oncles et tantes maternels autant que paternels étaient constamment au courant des choses importantes ou non de la famille, et ils participaient d'une manière active aux prises de décision. Le développement de l'imperméabilité des frontières vis-à-vis du monde extérieur, considéré comme étranger si pas franchement hostile, est l'une des premières réactions de la famille à son nouvel environnement.

Ainsi la famille se replie sur elle-même pour développer son propre microcosme, avec pour conséquence une nette augmentation des communications et des préoccupations entre les membres de la famille. Dans de telles circonstances, la famille peut facilement arriver à une surcharge et n'avoir plus les ressources nécessaires pour s'adapter et changer dans des situations de stress.

Les rôles traditionnels chamboulés

Le père qui était généralement le chef de la famille avait une fonction économique majeure. C'était à lui d'assumer financièrement les charges de la famille et il en obtenait une certaine reconnaissance. Il lui revenait d'assumer la responsabilité de prendre les décisions importantes. Il remplissait aussi une fonction de médiateur entre le monde extérieur et la famille.

Dans la vie quotidienne en Belgique, par contre, le père reste de plus en plus à la maison. Il ne sait plus pour quelle raison sortir et il a beaucoup de mal à comprendre et à gérer les procédures compliquées et de longue haleine attenantes à la situation d'asile. Mais s'il ressent qu'il perd son contrô-

le sur le monde extérieur, comme pour se rassurer, il continue à faire régner sa loi à l'intérieur de sa famille, et cela parfois plus sévèrement qu'avant.

De son côté, la femme, qui s'occupait auparavant de la vie de tous les jours, de l'ordre et du maintien de la maison, et surtout de l'éducation des enfants, lorsqu'elle se retrouve en Belgique, elle commence petit à petit et par la force des choses à étendre ses activités au monde extérieur. Elle se plaint souvent d'une surcharge de travail autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la maison, mais elle y trouve plus de liberté aussi.

La perte de la famille élargie

En plus de cette confusion des rôles et des positions de chacun, due à l'adaptation particulière des membres de la famille à leur nouveau contexte de vie, s'ajoute l'absence de la famille élargie. Les liens étroits qui unissaient auparavant famille nucléaire et famille élargie permettaient de partager certaines fonctions parentales. En voici une illustration : dans les sociétés occidentales, l'autonomie de la famille nucléaire vis-à-vis du reste de la famille est à un tel point important que presque toutes les fonctions parentales importantes sont attribuées aux deux parents. Par exemple, si le père représente l'autorité et qu'il est, comme peuvent le dire les psychanalystes, «le garant de la loi», on lui demande autant d'être très proche de ses enfants que d'établir une relation affective forte dès la naissance de l'enfant. Cela signifie qu'il doit assumer simultanément les deux fonctions, de l'autorité et de la proximité.

Cette structure dans l'attribution des rôles n'est pas identique partout. Dans mon travail clinique avec des populations provenant de pays musulmans, j'ai souvent remarqué que ces deux fonctions étaient partagées entre deux membres de la famille dont l'un appartenait à la famille élargie. Par exemple, face au père, qui représente souvent, avec le soutien de la mère, l'autorité, il existe en revanche un oncle (souvent maternel) qui accomplit la fonction de proximité auprès des enfants. Cet

oncle est celui chez qui les enfants peuvent se plaindre sans courir le risque ni de se voir réprimander ni de voir ses parents disqualifiés.

À la recherche d'un équilibre interne...

Dans la situation d'exil, ces familles vivent dans un stress sans précédent, ce qui amène parfois l'enfant aîné de la famille à se retrouver tout désigné pour remplir cette fonction. « Enfant parentifié », il doit jouer le rôle de médiateur entre ses parents. En résumé, dans mon exemple, en l'absence du triangle naturel père - oncle maternel - mère, un autre triangle, qui implique l'enfant, prend le relais pour tenter de conserver un équilibre entre les forces de cohésion - individualisation à l'intérieur de la famille.

Ce changement implique une conséquence majeure à un autre niveau : la personne ressource, issue de la famille élargie qui se situe donc à l'extérieur de la famille nucléaire cède la place à un ou même parfois deux membres internes à la famille. Ce mécanisme de régression permet souvent d'observer un repli de la famille sur elle-même, qui cherche en son sein à trouver un équilibre interne, indépendamment du monde extérieur.

Il est aussi possible qu'en l'absence d'un membre de la fratrie disposé à prendre en charge cette fonction, cette place soit, à un moment donné, attribuée à un professionnel du champ social. Dans ce cas le travailleur social est censé remplir la fonction que remplissait jadis la famille élargie.

En réfléchissant sur la dimension anthropologique de ces familles, nous constatons qu'au niveau structural, le bon fonctionnement de ce genre de famille est basé sur l'équilibre qui existait auparavant entre les deux axes, vertical et horizontal. La forte solidarité entre les membres de la fratrie, qui peut s'étendre au niveau des cousins et cousines par le fait de l'endogamie, représente notre axe horizontal. Il contrebalance l'axe vertical com-

prenant le rapport intergénérationnel et l'autorité parentale, qui est parfois partagé avec les membres de la famille élargie. Pour simplifier les choses, on peut dire que le lien étroit entre les personnes de la même génération (frères, sœurs, cousins, cousines) adoucit et rend moins autoritaire le pouvoir des parents envers leurs enfants.

Une fois que la famille quitte son milieu naturel de vie et se trouve en exil, cet équilibre se trouve en crise. La difficulté à maîtriser le monde extérieur et la perte de l'appui de la famille élargie, qui affaiblit l'autorité du père (axe vertical), peut le mener à recourir à des comportements violents, accentués par l'absence de médiateurs, ou dans le sens opposé vers une position passive et démissionnaire. Face à ce malaise, les parents, pour solidifier leurs positions, peuvent chercher recours dans les coutumes et traditions, mais d'une manière plus stéréotypée et rigide. Dans ce sens, le repli communautaire peut se comprendre en partie par la difficulté qu'ont ces parents à accomplir leur rôle comme auparavant.

Si nous restons dans le même cadre d'analyse et que nous poursuivons nos réflexions dans la même perspective, nous pouvons dire aussi que face à ce renforcement peu souple de l'axe vertical, les enfants peuvent réagir en essayant de créer des liens horizontaux auprès de groupes de pairs. Dans ce cas, l'une des fonctions du groupe est de se constituer comme un contre-pouvoir vis-à-vis du monde des adultes en général, et des parents en particulier. La délinquance juvénile peut en être l'une des dérives. L'autre danger est l'attraction qu'exercent certains mouvements extrémistes sur ces jeunes. La plupart de ces mouvements sont justement basés sur une vision forte, égalitaire et fraternelle. Pour certains adolescents, prendre parti pour ce genre d'organisation est un moyen pour contrecarrer l'autorité parentale et trouver le plus rapidement possible un accès à un statut d'adulte. Mais c'est un autre débat ! ●

¹ Centre psycho-médico-social pour réfugiés, av. Brugmann, 43, 1060 Bruxelles.

² Cellule d'appui médico-psychologique d'intersection entre la santé mentale et l'exclusion sociale, rue Rempart des Moines, 78, 1000 Bruxelles



Demande d'asile et séjour pour raison médicale

Office des étrangers ? Réfugiés ? Procédure d'asile ? Protection ? Statuts ? (Sans-) papiers ? CGRA ? etc, autant de termes, de sigles, de procédures auxquels tout ceux qui vont à la rencontre des personnes exilées sont confrontés ! Mais quelles sont les démarches et procédures possibles pour les « demandeurs d'asile » ? Et qu'est ce qu'elles recouvrent exactement ? Avec l'aide du CIRE, tentons d'y voir plus clair. Le présent article lève un coin du voile sur la procédure d'asile et la demande de séjour pour raison médicale.

**Sophie BULTEZ &
Nathalie de WERGIFOSSE**
Juristes, CIRE¹, Bruxelles

La demande de protection²

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

La loi belge prévoit deux statuts de protection dans le cadre de la demande d'asile :

- ▶ le statut de réfugié
- ▶ la protection subsidiaire

La personne qui souhaite bénéficier d'une protection (via le statut de réfugié ou celui de la protection subsidiaire) doit toujours introduire une demande d'asile. Ce sont les instances d'asile qui décideront du statut qui lui sera éventuellement accordé. Une personne ne peut donc pas choisir de demander d'emblée la protection subsidiaire.

Le statut de réfugié

La Belgique s'est engagée à protéger les réfugiés en signant la Convention de Genève de 1951 relative aux droits des réfugiés. Cette convention internationale définit ce qu'est un réfugié et reconnaît des droits et des obligations aux Etats qui l'ont signée, et aux réfugiés eux-mêmes.

La Convention de Genève énonce cinq motifs de persécution, qui peuvent donner lieu à la reconnaissance du statut de réfugié : « la race, la nationalité, la religion, l'appartenance à un certain groupe social ou les opinions politiques ».

La protection subsidiaire

Depuis le 10 octobre 2006, la Belgique peut également reconnaître un autre statut de protection, la protection subsidiaire. Elle concerne les personnes qui demandent l'asile parce qu'elles sont en danger dans leur pays (torture, traitement inhumain ou dégradant, conflit armé), mais qui ne rentrent pas dans les critères de la définition du réfugié (Convention de Genève).

Le déroulement de la procédure d'asile

La procédure d'asile se déroule en différentes étapes, devant plusieurs instances d'asile.

a) L'introduction de la demande

La demande d'asile peut être introduite soit à la frontière (port, aéroport, gare Eurostar) si la personne arrive en Belgique sans les documents nécessaires pour entrer sur le territoire belge (passeport, visa ou laissez-passer), soit sur le territoire auprès de l'Office des Etrangers.

b) Le rôle de l'Office des Etrangers

Celui-ci va enregistrer la demande d'asile, prendre les empreintes digitales (afin de contrôler si la personne a déjà introduit une demande d'asile ou séjourné dans un Etat européen ou en Belgique), déterminer la langue de la procédure (F/

NL) et interviewer brièvement le demandeur d'asile sur son parcours (identité, origine et itinéraire emprunté pour venir jusqu'en Belgique).

Au vu des renseignements reçus, l'Office des Etrangers va déterminer si la Belgique est compétente pour examiner la demande d'asile en vertu des critères énoncés dans le « Règlement Dublin II » (règlement européen).

Si l'Office des Etrangers estime que la demande peut être prise en considération et que la Belgique est compétente pour la traiter, il va transférer le dossier au Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides (CGRA).

c) L'examen de la demande d'asile par le Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides (CGRA)

Le CGRA convoque la personne à une audition afin qu'elle explique les motifs pour lesquels elle demande l'asile à la Belgique. Sur base de cette audition, ainsi que des pièces justificatives remises par le demandeur d'asile et des informations que le CGRA a quant à la situation dans le pays d'origine concerné, le CGRA peut prendre plusieurs décisions:

- ▶ Soit le CGRA accorde le statut de réfugié.
- ▶ Soit le CGRA refuse le statut de réfugié mais accorde le statut de protection subsidiaire.
- ▶ Soit le CGRA refuse le statut de réfugié et le statut de protection subsidiaire. Dans ce cas, la demande d'asile est rejetée. La personne reçoit un ordre de quitter le territoire.

Il est possible d'introduire un recours si la personne estime qu'elle aurait dû obtenir le statut de réfugié ou de protection subsidiaire. Elle pourra introduire ce recours auprès du Conseil du Contentieux des Etrangers dans les quinze jours de la notification de cette décision.



Le rôle des attestations médicales et psychologiques

Le rôle des attestations médicales ou psychologiques pour les étrangers en attente d'un titre de séjour (en procédure d'asile ou en demande de régularisation de séjour) est très important et même souvent déterminant. Pas étonnant donc que les professionnels de la santé soient souvent sollicités pour en rédiger. Comment s'y retrouver ?

Céline VERBROUCK, Avocate¹

Le contenu de l'attestation différera en fonction du cadre dans lequel l'attestation s'inscrit : une demande d'asile ou une demande de régularisation de séjour pour motifs médicaux.

Asile

Dès son arrivée en Belgique, l'Etat belge est en principe tenu de permettre à un candidat réfugié de bénéficier des soins de santé dont il a besoin. Cette exigence est renforcée si l'étranger a subi des tortures dans le pays dont il provient. Dans les centres d'accueil, l'établissement d'un questionnaire médical type élaboré par FEDASIL est depuis peu d'application. Or, il se pourrait que l'avis du professionnel mandaté par le centre diffère de celui d'un professionnel extérieur. Dès lors, un certificat pourrait être demandé à ce professionnel extérieur pour constater un besoin de soins et servir à contraindre les autorités d'y répondre, s'il le faut par la voie judiciaire. C'est un premier cas de figure.

Une attestation peut aussi être utile dans le parcours du candidat réfugié dès avant la décision du Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA). Ceci est particulièrement vrai pour les personnes souffrant d'une pathologie mentale mais vaut également en cas d'état de stress particulier par exemple, ou de trauma. L'attestation est alors un élément de preuve qui sera mis en relation avec le récit de l'intéressé. Elle permettra souvent d'expliquer la raison de difficultés d'expression, de contradictions

ou d'incohérences dans le récit. Elle permettra aussi, parfois, d'apporter un élément de crédibilité au récit si l'état de santé constaté peut, de façon plausible, être mis en relation avec les persécutions que le patient dit avoir vécues. Dans tous les cas, si le CGRA doute de la pertinence de l'avis du professionnel de la santé, il peut solliciter l'avis d'un autre professionnel, le juge d'appel (le Conseil du Contentieux des Etrangers) étant le seul compétent pour trancher un différent.

Après une décision de refus d'asile, les attestations sont souvent réclamées en urgence, vu le délai actuel de 15 jours (ce délai sera bientôt porté à 30 jours) pour faire appel au « Conseil du contentieux des étrangers » et le caractère écrit de la procédure. Tout doit, en principe, être déposé endéans ce délai... L'attestation doit alors servir à infirmer des constatations du CGRA ou simplement à éclairer un dossier sous l'angle médical ou psychologique.

Séjour et régularisation

Dans le cadre d'une demande d'autorisation de séjour sur le territoire pour des raisons médicales, l'Office des Etrangers évalue l'opportunité d'octroyer un séjour, temporaire ou définitif, sur base de critères qui sont repris dans un certificat médical type accessible sur le site www.dofi.fgov.be. Ces données étant souvent trop succinctes, il est recommandé de compléter également un certificat médical circonstancié². Un(e) psychologue peut aussi établir un rapport dans ce cadre. C'est à la personne qui rédige la demande de séjour (généralement l'avocat ou le service social) de vérifier si le certificat complété par le professionnel de la santé peut justifier l'introduction de la demande. Bien que théoriquement cela n'entre pas directement dans le rôle du professionnel de la santé, en pratique, nombreux sont ceux qui fournissent aussi un dossier avec des documents relatifs à la situation de fait d'une région du monde, notamment médicale (site www.ithaca-eu.org) dans la mesure où cela contribue à démontrer l'inaccessi-

sibilité des soins dans le pays d'origine et parfois à illustrer l'état de santé du patient.

Dans les processus décrits ci-dessus, l'attestation sera d'autant plus pertinente et utile qu'il y aura eu dialogue et collaboration entre les intervenants (l'étranger, l'assistant social, le professionnel de la santé, l'avocat, ...).

Lutter contre les mutilations génitales féminines

Celine Verbrouck mène un important combat contre les mutilations génitales féminines (MGF) dont c'est la journée internationale le 6 février. L'occasion d'attirer l'attention sur ce problème qui concerne des milliers de femmes et de fillettes en Belgique. La crainte d'être excisée justifie l'introduction d'une demande d'asile et de séjour humanitaire ou médical. Les MGF peuvent en effet provoquer de graves problèmes de santé mentale. Nombreux sont les professionnels de la santé qui ignorent que la pratique se perpétue sur des fillettes qui résident en Belgique ou qu'elle est interdite par notre code pénal. Souvent, on peut passer à côté de la véritable raison des problèmes psychiques d'une femme qui ne parle pas elle-même de ce tabou et qui ne voit pas en quoi celui-ci pourrait être à l'origine de ses angoisses, de son mal être, de ses problèmes de couple, etc.

Le **gams Belgique** oriente ces femmes www.gams.be et une nouvelle **asbl Intact** œuvre en Belgique pour cette cause. *Celine Verbrouck* en est à l'initiative, elle vient d'obtenir un prix international de plaidoiries pour les droits de l'homme à Caen www.memorial-caen.fr et est à ce titre nommée comme namuroise extérieure de l'année.

¹ Blanmailland & associés ; www.blanmailland.be; bureau spécialisé, entre autres, en droit des étrangers, droits de l'homme et droit humanitaire.

² Selon le modèle établi par l'association « Medimmigrant » (www.medimmigrant.be). Ce site contient des informations précieuses, également en français. (Voir aussi www.vmc.be et www.adde.be).



En pratique

Services de santé mentale spécialisés

En Wallonie :

La Région wallonne subventionne des missions spécifiques aux SSM agréés. Certaines sont dévolues à la prise en charge des exilés et réfugiés :

- ▶ Clinique de l'exil Province de Namur, IPOG Namur 081/73.67.22
- ▶ Santé en exil Charleroi 071/41.21.02
- ▶ Tabane (ex Racines Aériennes) Liège 04/228.14.40

- ▶ Groupes d'entraide :
Mpore (Tite Mugrefya) 0485/99.45.80
Entraide de rescapés du génocide rwandais :
Groupes de parole à Liège, Charleroi, Bruxelles

A Bruxelles :

- ▶ D'ici et d'ailleurs Molenbeek 02/414.98.98
- ▶ Exil St Gilles 02/534 .53.30
- ▶ Ulysse Ixelles 02/533.06.70
- ▶ Rivages Bruxelles 02/550.06.70
- ▶ Le méridien St-Josse 02/218.56.08
- ▶ Brugmann Consultation d'ethnopsychiatrie Jette (Dr Woitchik) 02/735.84.79
- ▶ Centre Chapelle aux Champs Woluwé-St-Lambert (Dr Pierre) 02/764.31.20
02/764.31.43

En Flandre :

- ▶ Infos sur : De sociale kaart
Site très complet reprenant toutes les adresses des services sociaux et psy par province
<http://www.desocialekaart.be/>

Comité Belge d'Aide aux Réfugiés (CBAR) 02/537.82.20

Organisme, indépendant du Commissariat Général aux réfugiés et apatrides, qui offre un service juridique pour demandeurs d'asile. Rendez-vous via un service social spécialisé en droit des étrangers.

Services sociaux spécialisés en droit des étrangers et droit d'asile

Conseils juridiques pour demandeurs d'asile et réfugiés : droit au séjour, procédure d'asile, regroupement familial, permis de travail, rapatriement volontaire, etc.

En Wallonie :

- ▶ Centres des immigrés Namur 081/22.42.86
- ▶ Centres des immigrés Luxembourg Marche, Arlon, Libramont 061/29.25.18
- ▶ Caps migrants (ex Aumônerie des Etrangers) Liège 04/223.39.10
- ▶ Aide aux personnes déplacées Huy 085/21.34.81
- ▶ Accueil et promotion des immigrés Charleroi 071/31.33.70

A Bruxelles :

- ▶ Centre social protestant 02/512.80.80
- ▶ Siréas Service International de Recherche, d'Education et d'Action Sociale 02/649.99.58
- ▶ Service Social de Solidarité Socialiste (SESO) 02/533.39.84

En Flandre :

- ▶ *Vluchtelingenwerk Vlanderen* 02/274.00.20
<http://www.Vluchtelingenwerk.be/>

ADDE, Association pour le droit des étrangers
Conseil téléphonique et consultation sur rendez-vous 02/227.42.41

<http://www.adde.be>

Medimmigrant

Accès aux soins de santé des personnes en séjour illégal

<http://www.medimmigrant.be/>

Pour en savoir plus sur la situation en (Communauté française de) Belgique :

1. Born M., Deccache A., Desmet H., Humblet P., Pourtois J.-P., *Recomposer sa vie ailleurs, recherche-action auprès des familles primo-arrivantes*, Paris, L'Harmattan, 2006.
2. Clinique de l'Exil-FER, Développement et évaluation d'une aide psychosociale aux « MENA » et femmes seules, selon une approche intégrée, inédit, 2008.
3. Croix Rouge de Belgique, Evaluation de l'assistance psychosociale et thérapeutique auprès des demandeurs d'asile en Provinces de Liège et Luxembourg, FER (Fonds Européen pour les Réfugiés), site Fedasil, 2004.
4. FECRI (Fédération des Centres Régionaux Intégration), *La régularisation en Wallonie : conséquences, perspectives*, 2001.
5. Fedasil, Enquête exploratrice sur l'assistance psychosociale et thérapeutique des demandeurs d'asile en Provinces de Hainaut, Brabant Wallon, Namur et en Région de Bruxelles, FER, site Fedasil, février 2004.
6. Fondation Roi Baudouin, Les mineurs étrangers non accompagnés en Belgique, aperçu de la situation actuelle et présentation de bonnes pratiques d'accueil et d'aide, 2003.
7. Fondation Roi Baudouin, Child Focus, L'accueil en Belgique des mineurs étrangers non accompagnés victimes d'exploitation sexuelle ; recommandations pour de bonnes pratiques, 2004.
8. LWSM-CIRE, Enquête sur le travail d'interprétariat en santé mentale en Wallonie, FIPI, inédit, 2003.
9. Méridien (Ie) SSM, Accueil et accès aux soins des personnes migrantes en Belgique, Cocof, inédit, 2002.
10. Question Santé, Interprétariat et médiation interculturels, in *Revue Bruxelles Santé*, n° 27, 2002.
11. Réfugiés, étrangers en Belgique: vers un horizon solidaire, 1954-2004: le Cire a 50 ans, *Revue Politique* (numéro hors série), janvier 2005.
12. Ulysse, Recherche sur les besoins et les ressources en Région bruxelloise en matière de prise en charge psychosociale pour réfugiés/demandeurs d'asile, Cocof, inédit, 2003.
13. UNICEF Belgique, Rapport des Mineurs étrangers non-accompagnés sur l'application de leurs droits en Belgique, 2004.



Traverser le passé

L'exil en soi n'est pas une cause de souffrance psychologique. Les conditions de vie, la durée des procédures, les discriminations, le manque d'information sont sources d'insécurité qui peuvent entraîner des symptômes somatiques et psychiques. Dans les politiques d'accueil et d'asile en Belgique et en Europe, on assiste à une nette tendance à médicaliser et à psychologiser une souffrance d'origine sociale. La perte des étayages et la perte des objets sociaux (maison, emploi, statut social) provoquent des réactions normales à un contexte pathogène. Retrouver une sécurité, retrouver une dignité et une place dans la société d'accueil sont des éléments essentiels qui permettent de se redresser. C'est ce que montre notre recherche réalisée dans le cadre du Fond Européen pour Réfugiés.

Paul JACQUES¹

Psychologue, « Clinique de l'Exil », Namur

Juliana, 30 ans, est d'origine albanaise du Kosovo. Nous la recevons avec une interprète albanaise. Elle a été mariée deux fois et est deux fois séparée. Elle vit seule avec ses deux enfants, nés du premier mariage. Son 2^{ème} mari est français d'origine, il séjourne légalement en Belgique. Elle est dans une situation de précarité importante, puisque malgré un contrat de travail, elle n'a plus d'autorisation de séjour, suite à son 2^{ème} divorce.

Elle nous rapporte ce rêve après que nous lui ayons demandé comment elle se sent depuis sa récente IVG. « Je me trouve dans mon appartement avec mes deux enfants. Ils dorment tranquillement. Au matin, je me réveille et constate avec horreur que mes enfants ne sont plus là. Quelqu'un durant la nuit est venu prendre mes enfants ». Pour elle, le rêve n'évoque pas le fait qu'avec cette IVG on lui a enlevé un enfant. Mais il lui rappelle sa situation de précarité où, seule et travaillant parfois en soirée, il lui est arrivé, lorsque le père ne pouvait les prendre en charge, de laisser ses deux enfants à la maison. Ainsi, dit Juliana, « j'ai parfois peur qu'un jour on me retire mes enfants ». Elle se culpabilise de cet avortement, et ici se culpabilise aussi d'être jugée comme une mauvaise mère. Mais, plus fondamentalement, ce sentiment de culpabilité fait écho

à une autre exclusion, véritable bannissement qui a partiellement conduit à l'exil forcé. En effet, Juliana a épousé son premier mari contre la volonté de ses parents, de ses frères, bref de toute sa famille. Elle a quitté les siens pour aller vivre avec un homme d'origine Ashkali. Pour la famille, c'était la honte et elle a été exclue. La pression familiale sur le jeune couple était telle que, au bout de quatre ans, le couple a craqué. Le rêve prend ici une troisième coloration. En effet, traditionnellement, dans les familles kosovares rurales, lorsqu'il y a divorce, les parents du mari élèvent les enfants chez eux, et la femme perd quasi tous ses droits : « Si je retournais au Kosovo, dit-elle, mes enfants me seraient enlevés ». En soulevant la question de la condition de la femme, ce rêve touche également à une question identitaire fondamentale dans un contexte géographique où l'Orient et l'Occident se mêlent, le Kosovo, se situant à la fois dans l'aire culturelle occidentale et ottomane, sans parler des problèmes économiques dans cette région. Le prix à payer d'avoir choisi de quitter la tradition pour venir en Europe occidentale est très élevé.

Grâce à une subvention du Fond Européen pour Réfugiés (FER) en 2006 et 2007, notre équipe² a mené une enquête dans le cadre de la prise en

charge globale et pluridisciplinaire d'un groupe de 81 femmes. Cette étude visait à évaluer l'impact de l'intervention de l'équipe et du travail en réseau. Elle cherchait aussi à mieux comprendre les facteurs qui ont influencé la santé mentale de chaque patiente. En fonction du profil sociodémographique de la personne et en fonction de son vécu pré et post migratoire, nous avons tenté de mieux cerner l'évolution clinique tout au long du programme d'accompagnement. Parallèlement, nous avons essayé d'identifier les facteurs qui ont permis à la personne de s'en sortir. Dans ce but, nous avons prévu de faire passer une série d'échelles existantes, en milieu et en fin de suivi. Pour chaque patiente, nous nous sommes limités à un questionnaire et à l'enregistrement d'une série d'items dans un tableau « Excel » qui ont fait l'objet d'une analyse détaillée, tantôt avec la patiente, tantôt au sein de l'équipe³. Nous présentons ici une partie des résultats.

Support familial, social ou communautaire

Un des items retenus portait sur la question de savoir en quoi les liens sociaux et familiaux ont, ou non, aidé ces femmes à traverser l'épreuve de l'exil ? Les résultats sont étonnants.

- ▶ Constat prévisible : dans 34% des situations, les femmes trouvent essentiellement un support auprès d'un membre de leur famille, venu avec elle (mère, tante, ...) ou qui était déjà installé en Belgique (cousine, demi-frère, ...). Elles trouvent aussi réconfort auprès de membres de leur communauté.
- ▶ Dans près de 10% des situations, nous sommes cependant frappés par l'absence complète de solidarité intra familiale ou intra-communautaire. Au début du séjour, les compatriotes apportent un soutien indéniable, mais



Man Congorgues⁴

après quelque temps, lorsqu'une femme commence son intégration et souhaite prendre une certaine indépendance, alors le regard de la communauté devient un poids, une contrainte, voire une menace, ... Il faut savoir que dans 41% des situations, le mariage forcé, l'excision, la violence conjugale, les difficultés conjugales ou la violence familiale constituent le motif « officiel » de la demande d'asile.

▶ A l'inverse de celles qui sont débrouillardes ou trouvent un support auprès de leurs proches, un quart des femmes arrivées en Belgique depuis plusieurs mois ou plusieurs années, souvent isolées, ont essentiellement trouvé un appui **auprès d'un professionnel** avec lequel elles ont établi un lien privilégié et quasi exclusif. Dans un quart des cas également, les femmes isolées, ou fragilisées en début de leur installation en Belgique, ont noué un lien privilégié et quasi exclusif, soit **avec une résidente du centre d'accueil** pour demandeurs d'asile, soit **avec des voisins** de ce centre. Ce qui signifie que durant les premières années de leur séjour, pour 50% des femmes ce professionnel, cette amie, ou cette voisine, joue ou a véritablement joué un rôle de « passeur » : **personne de confiance** qui aide ou a aidé à traverser le moment difficile des débuts. Bien souvent, il s'agit d'un lien

durable. On peut parler de parrainage. Perdues au début, les femmes exilées ont besoin de s'appuyer sur **une personne de confiance**, à qui elles peuvent s'ouvrir, qui leur permet de retrouver confiance en l'autre, qui les guide, leur explique le mode d'emploi et les accompagne dans les démarches juridiques et administratives auxquelles elles sont confrontées durant les premières années de l'installation dans leur nouveau pays, dont souvent elles ne connaissent ni la langue, ni la « mentalité ».

▶ Assez peu de femmes ont refait un couple ou déclarent avoir une relation amoureuse (11%). La priorité absolue est la survie, l'obtention du séjour et la sécurité. La vie amoureuse passe après. Parmi les couples arrivés il y a 7 ou 8 ans, plus de la moitié finit par divorcer ! Lorsqu'un couple tient ensemble dans la durée, c'est souvent davantage par obligation et par devoir réciproque des conjoints que par amour. Mais c'est peut-être vrai pour les couples belges de souche également !

▶ Certaines femmes, plus « modernes », dynamiques, développent, malgré la souffrance, une énergie incroyable pour étudier, pour créer des liens d'amitiés ou de voisinage et s'intègrent assez vite en milieu belge, sans couper avec leurs liens d'appartenance.

- ▶ 12 % des femmes trouvent réconfort dans un groupe religieux ou dans la Foi.
- ▶ Enfin, d'autres, en grande souffrance, préfèrent rester **isolées** (10%).
- ▶ La situation des femmes rwandaises tutsis rescapées du génocide soulève une remarque par sa spécificité. Ces femmes, marquées par un vécu commun de veuvage, ayant connu des pertes multiples, dans les conditions innommables du génocide, manifestent un très grand sens de la solidarité entre elles. Les associations comme Mpore ou Avega constituent des lieux de sécurisation et d'entraide indispensables pour panser, tant que faire se peut, et pour penser les blessures collectives, trans-générationnelles. Pour les femmes rwandaises ayant participé à un tel **groupe d'entraide**, le groupe ou le thérapeute reste une référence pour de longues années, comme une famille de substitution. Après la fin d'un suivi, en cas de coup dur, c'est vers ce lieu ou vers la personne de référence que la femme retournera se ressourcer.

Comme Juliana, toutes ces femmes rencontrées portent le poids d'un passé... Les aider à l'exprimer, leur tendre la main pour le traverser, quels qu'en soient la forme et le cadre, ... pour envisager l'avenir. ●

Clinique de l'Exil

Mission spécifique

du SSM provincial « Astrid » de Namur

IPOG - Province de Namur

☎ 081/73.67.22

✉ Rue Dr Haibe, 4 - 5000 Namur

📧 clinique.exil@province.namur.be

¹ paul.jacques@province.namur.be

² Pierre Cordonnier, thérapeute, Nouné Karakhanian, Tite Mugreftya et Paul Jacques, psychologues.

³ La méthode initialement prévue était celle appelée du « devis longitudinal à groupe unique », d'après A Lesage et C Bouchard (2004) Montréal. Cette méthodologie d'évaluation de la pratique a vite paru trop lourde à appliquer et inadéquate dans le cadre des entretiens thérapeutiques.

⁴ Cette oeuvre est intimement liée au parcours du demandeur d'asile puisqu'elle est constituée uniquement à partir d'objets comme des chaussures, des journaux, une valise, récoltés au centre ouvert de Manhay, où l'artiste a séjourné en 2006 comme candidat réfugié politique.



Repères et références bibliographiques

1. Barudy J. et Marquebreucq A.P., Soutenir la bien-traitance des familles fragilisées par la guerre, la répression politique et les génocides, venues chercher refuge en Belgique, Manifeste pour les enfants, vers un réseau international d'échanges et de bonnes pratiques, Fonds Houtman (O.N.E.), avril 2002.
2. Barudy J. et Marquebreucq A.P., Les enfants des mères résilientes. La parentalité bien-traitante dans des situations extrêmes : violences de genre, guerres, génocides, persécutions et exil, Marseille, Solal, 2005.
3. Bowlby J., Attachement et perte, Paris, PUF, 3 volumes, 1978-1981.
4. Byng-Hall J., Attachment theory and family therapy. A clinical view, in *Infant mental health journal*, n° 11/3, 1990, pp. 228-236.
5. Beneduce R., Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura, Roma, Carocci, 2007.
6. Beneduce R., Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo, Milano, Angeli, 2004.
7. Caruth C., ed., Trauma. Explorations in Memory, Baltimore & Londres, The John Hopkins University Press, 1995.
8. De Rosny E., Les yeux de ma chèvre, Paris, Plon, 1981.
9. de Singly F., Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien, Paris, Amand Colin, 2003.
10. Delage M., L'attachement à l'adolescence. Applications thérapeutiques, in *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 40, janvier 2008, pp.79-97.
11. ECRE (European Council on Refugees and Exiles), Good practice guide on the integration of refugees in the European Union, 1999 sur : www.refugeenet.org.
12. Ehrenberg A., L'individu incertain, Paris, Calmann-Lévy, coll. Essai Société, 1995.
13. Erikson E. H., Adolescence et crise. La quête de l'identité, France, Champs Flammarion, 1968.
14. Fanon F., Pour la révolution africaine. Ecrits politiques, Paris, La Découverte, 2001 (éd. orig. 1964).
15. Fassin D., The Biopolitics of Otherness. Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate, in *Anthropology Today*, 17, 1, 2001, pp. 3-7.
16. Fassin D., D'Hallouin E., Critical Evidence: The Politics of Trauma in French Asylum Policies, in *Ethos*, n° 3, 2007, pp. 300-329.
17. Fassin D., Rechtman R., L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime, Paris, Flammarion, 2007.
18. Freud S., Deuil et mélancolie, (1917), in *Métapsychologie*, Gallimard, Folio/Essai, Paris, 1968, pp.145-171.
19. Grinberg L. & R., Psychanalyse du migrant et de l'exilé, Lyon, Césura, 1986.
20. Guide de procédure d'asile en Belgique, édité par le CIRE, 2007.
21. Hacking I., L'âme réécrite. Etude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire, Institut Synthélabo, Le Plessis Robinson, 1998.
22. Hunt N. R., An Acoustic Register, Tenacious Images, and Congolese Scenes of Rape and Repetition, in *Cultural Anthropology*, 23, 2, 2008, pp. 220-253.
23. Jeammet P., Adolescence et processus de changement, in Widlöcher, D. *Traité de psychopathologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994, pp. 687-726.
24. Kaufmann J.-Cl., L'invention de soi. Une théorie de l'identité, Paris, Amand Collin, 2004.
25. Kienge-Kinege Intudi R., The application of the international convention on the rights of the child in Africa: when the law is tested by the reality, in Verheyde M. (dir.) et coll. *The UN Children's Rights Convention: theory meets practice*, Antwerpen-Oxford, Intersentia, 2007, pp.23-31.
26. L'acte créateur, traitement de la souffrance dans la demande d'asile ?, in *Osmoses*, n° 49, octobre 2008.
27. Lahire B., L'homme pluriel : les ressorts de l'action, Paris, Nathan, coll. Essais et recherches, série sciences sociales, 2003.
28. Lemarchand R., La mémoire en rivale de l'histoire, in *Cahiers d'Etudes Africains*, 173-174, 2004, pp. 431-434.
29. Lieux d'asile en milieu hostile, in *Rhizome*, n° 32, octobre 2008.
30. Malkki L. H., Refugees and Exile : From "Refugees Studies" to the National Order of Things, in *Annual Rev. of Anthropology*, n° 24, 1995, pp. 495-523.
31. Malkki L. H., Speechless Emissaries: Refugees, Humanitarianism, and Dehistoricization, in *Cultural Anthropology*, vol. 11, n° 3, 1996, pp. 377-404.
32. Mbembe A., La naissance du maquis dans le Sud-Cameroun (1920-1960), Paris, Karthala, 1997.
33. McKinney K., Breaking the conspiracy of Silence: Testimony, Traumatic Memory, and Psychotherapy with Survivors of Political Violence, in *Ethos*, 35, 3, 2007, pp. 265-299.
34. Moro M.-R., De La Noë Q., Mouchenik Y., Manuel de psychiatrie transculturelle, Grenoble, La pensée sauvage, 2006.
35. Peel J.D.Y., Religious Encounters and the Making of the Yoruba, Bloomington, Indiana University Press, 2003.
36. Quentel J.-C., L'enfant n'est pas une personne, Bruxelles, Yapaka, 2008.
37. Ranger T., The influenza epidemic in Southern Rhodesia: a crisis of comprehension, in David Arnold, ed., *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester, Manchester University Press, 1988, pp. 172 – 188.
38. Roisin J., La causalité du traumatisme psychique, in *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, T.8, n° 4, 2007.
39. Roisin J., L'approche psychanalytique des personnes traumatisées. Processus psychiques et traversée du trauma, in *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, T.6, n° 4, 2005.
40. Roy O., La Sainte Ignorance, le temps de la religion sans culture, Paris, Seuil, 2008.
41. Terray E., L'Etat-nation vu par les sans papiers, in *Actuel Marx*, n° 44, 2008, pp. 41-52.
42. Trimaille C., Etudes de parlers de jeunes urbains en France. Eléments pour un état de lieux, in *Cahiers de sociolinguistique*, n° 9, 2004.
43. Vaughan M., Curing their Ills. Colonial Power and African Illness, Cambridge, Polity Press, 1991.
44. Verhoeven M., Modèles d'intégration nationaux, dynamiques d'établissements et processus identitaires en contextes multiculturels : regards croisés Angleterre – Communauté française de Belgique, *Revue Française de Pédagogie*, n° 144, Juillet-Août-Septembre 2003, pp. 9-17.
45. Verhoeven M., Traitement scolaire de la différence culturelle et identités de jeunes issus de l'immigration. Une recherche semi-inductive et comparative multi-niveaux, in *L'analyse qualitative en éducation. Des pratiques de recherches aux critères de qualités. Hommage à Michaël Huberman*, sous la direction de L. Paquay, Bruxelles, De Boeck, 2006.
46. Young A., The Harmony of Illusions, Berkeley, California University Press, 1995.

Une bibliographie plus complète est disponible à :

In-folio, Centre de documentation de l'IWSM

☎ 081/23.50.12 ✉ in.folio@iwsmb.be



Institut Wallon pour la Santé Mentale

L'ÉQUIPE

Direction Christiane Bontemps **Coordination des projets** Isabelle Deliège, Jean-Yves Donnay, Christine Gosselin, Marie Lambert, Sylvie Maddison, Pascal Minotte, Marie Viaene **Documentation** Delphine Doucet **Communication** Hélène Carpioux, Sylvie Gérard **Accueil, secrétariat, logistique** Françoise André, Séverine Dupont, Muriel Genette.

LES ADMINISTRATEURS

● Fabienne Collard – Similes ● Jean-Pierre Evlard – LWSM (Ligue Wallonne pour la Santé Mentale) ● Micky Fierens – LUSS (Ligue des Usagers des Services de Santé) ● Luc Fouarge – UFFIPRAH (Union Francophone des Fédérations d'Institutions de Protection de la jeunesse et d'Aide aux Handicapés) ● Liliane Leroy – FCPF-FPS (Fédération des Centres de Planning Familial des F.P.S.) ● Thierry Lottin – Cobéprivé (Confédération belge des établissements privés de soins de santé) ● Stéfan Luisetto – Fédito Wallonne (Fédération des intervenants en toxicomanie en Région wallonne) ● Robert Sterck – PFC du Centre et Charleroi ● Michel Thiteux – FSPST (Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques) ● Francis Turine – PFC Namur ● Maryse Valfer – APOSSM (Association des Pouvoirs Organisateur de SSM en Wallonie) ● Maurice Vandervelden – FIH (Fédération des Institutions Hospitalières) ●

CONFLUENCES

«Confluences» est la revue de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale. Elle s'adresse à tous ceux qui y interagissent et, au-delà, à tous ceux qui s'intéressent aux questions de santé mentale.

Trois fois par an «Confluences» propose un dossier thématique et donne un écho de l'actualité dans le secteur, en Wallonie ou ailleurs.

Les colonnes de «Confluences» vous sont ouvertes pour partager votre expérience, témoigner de votre pratique, donner une information, soulever une question,... Et susciter le débat.

Vos propositions à confluences@iwsmb.be.

- ▶ Les articles publiés dans «Confluences» n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.
- ▶ Les textes non signés sont rédigés par les membres de l'équipe de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.
- ▶ Les textes parus dans «Confluences» peuvent être reproduits avec l'accord préalable de l'IWSM moyennant mention de la source.

CONDITIONS D'ABONNEMENT

- ▶ 25 € pour l'abonnement "standard" (3 nos par an).
- ▶ 40 € pour l'abonnement "plus" qui vous donne, en outre, accès aux informations qui circulent au sein de l'association.
- ▶ 75 € pour l'abonnement "de soutien", si vous êtes prêts, en plus, à encourager le projet associatif.
- ▶ Conditions spéciales pour les affiliés des membres de l'Institut.

L'abonnement prend cours dès réception du paiement au compte n° 068-2330070-60 de l'IWSM.

Merci d'indiquer sur votre bulletin de versement votre nom, vos coordonnées et la mention «Confluences».

Renseignements :

IWSM ☎ 081/ 23 50 15 ✉ iwsmb@iwsmb.be

A découvrir aussi, nos articles en ligne sur : www.iwsmb.be

LES RENDEZ-VOUS DE CONFLUENCES

Envie d'en savoir plus ? D'approfondir la réflexion d'un dossier ? D'interpeller un auteur ?

«Les rendez-vous de Confluences» vous invitent, dans la foulée de la publication, à rencontrer les auteurs du dossier et à échanger, de vive voix, vos approches, vos points de vue, vos expériences...

Une rencontre conviviale pour mieux se connaître et poursuivre, ensemble, une réflexion en santé mentale.

Renseignements ☎ 081/ 23 50 15 ✉ iwsmb@iwsmb.be



INSTITUT WALLON POUR LA SANTÉ MENTALE

L'Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl

est un organisme d'information, de recherche et de réflexion en santé mentale. Il bénéficie du soutien du Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances et du Ministre de l'Emploi et de la Formation de la Région wallonne.



Avec le soutien du Cabinet du Ministre de la Santé,
de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances

Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl
Rue Henri Lemaître, 78 B - 5000 Namur - Belgique
☎ +32(0)81 23 50 15 📠 +32(0)81 23 50 16
confluences@iwsm.be - iwsm@iwsm.be
www.iwsm.be