

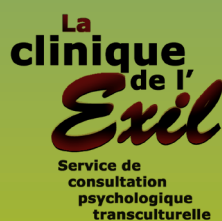
---

# L'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés

Repères pour les professionnels de la santé mentale

---

Institut Provincial d'Orientation et de Guidance  
PAUL JACQUES-Psychologue  
Equipe spécifique de santé mentale :  
Clinique de l'Exil



Fonds Européen pour les réfugiés



# L'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés

## Repères pour les professionnels de la santé mentale

### 1. Introduction

#### **1<sup>ère</sup> partie** : Le contexte socio-juridique

#### 2.1. Le vécu des demandeurs d'asile et des familles primo arrivantes

- 2.1.1. Définitions
- 2.1.2. Un lent processus de reconstruction

#### 2.2. Aspect juridique

- 2.2.1. La demande d'asile
- 2.2.2. La demande de séjour pour raison médicale
- 2.2.3. Sans-papiers
- 2.2.4. Quelle politique d'asile ?

#### 2.3. Les structures d'accueil

#### 2.4. Le rapport médico-psychologique dans la procédure d'asile et de séjour

- 2.4.1. Le rôle des attestations médicales et psychologiques pour les étrangers en procédure d'asile ou en demande de régularisation de séjour
- 2.4.2. En pratique

#### **2<sup>ème</sup> partie** : La clinique

#### 3.1. Santé mentale, culture et langue

- 3.1.1. Le vécu migratoire
- 3.1.2. L'aide en santé mentale
- 3.1.3. L'adaptation culturelle des services
- 3.1.4. La Clinique transculturelle
- 3.1.5. Limites de l'approche « ethnicisante »
- 3.1.6. Travailler avec interprètes

#### 3.2. Clinique du trauma, trauma collectif et deuil

- 3.2.1. Clinique du trauma
- 3.2.2. Clinique du deuil

#### 3.3. Précarité des liens sociaux et clinique de la rue

- 3.3.1. Clinique psychosociale, désocialisation et corps
- 3.3.2. Quels dispositifs dans les situations de grande précarité?

#### 3.4. Groupes particuliers

#### 3.5. Axes thérapeutiques et modèle de travail

- 3.5.1. Un dispositif à géométrie variable
- 3.5.2. Autres axes thérapeutiques

Glossaire

Sources



# 1. Introduction

Abdou vient d'un pays ravagé par des années de guerre civile. Pendant la guerre, sa maison a été brûlée. Son fils a été tué, son épouse a disparu. Après la guerre, il a ouvert un commerce mais a ensuite été attaqué. Il a dû fuir son pays craignant des représailles après avoir dénoncé ses agresseurs auprès des autorités, du moins un semblant d'autorité. Arrivé en Belgique, il est seul ; il ne connaît pas le français ; il est logé dans une chambre dans un village isolé. Sa demande d'asile a été jugée irrecevable et il doit attendre au moins deux ans ou trois ans la réponse incertaine du Recours contre l'avis négatif. Il a fait l'acquisition d'un GSM, mais dit-il, « qui voulez-vous que j'appelle, je ne connais personne, . . . Qui voulez-vous qui m'appelle, personne ne sait que j'existe ? ». Abdou avait une position sociale, un emploi. Il se retrouve seul, dépendant de l'assistance publique. Personne avec qui partager sa peine. Il n'y a pas de compatriotes dans la région où l'administration de l'accueil des demandeurs d'asile lui a dit de s'installer. Mieux vaut cacher la honte de la déchéance. C'est un adulte privé de liberté et de responsabilité, sans existence sociale, vivant dans un provisoire qui s'éternise, dans un entre-deux caractéristique d'un temps figé, coupé de son passé et sans avenir.

**Huit ans après sa création par la Province de Namur, le service « Clinique de l'exil » a souhaité faire part au secteur de la santé mentale des provinces de Namur et de Luxembourg de l'expérience acquise dans l'accompagnement du public des réfugiés et demandeurs d'asile. Le service Clinique de l'exil, historique et présentation.**

Pour rappel, le projet « Clinique de l'exil » est né en 2000, au départ d'un appel à projets de la Région Wallonne intitulé : « Action coordonnée dans le réseau autour des soins et des services de première ligne ». Le service a reçu un agrément comme équipe spécifique d'un Service de Santé Mentale (SSM) en 2003 et est rattaché au SSM Provincial, av Reine Astrid, 20 à Namur. Le même modèle d'organisation existe à Liège et à Charleroi. Ces équipes se rencontrent régulièrement dans le cadre d'une plate-forme wallonne « santé mentale, cultures et migrations ».

L'équipe namuroise propose des interventions cliniques transculturelles pour migrants, réfugiés et victimes de violence organisée. Elle a également une mission d'appui au réseau des équipes non spécialisées. Le service s'adresse principalement aux demandeurs d'asile en procédure qui sont accueillis, en grand nombre, dans les Centres d'accueil Fedasil ou Croix Rouge et dans les Initiatives Locales d'accueil des CPAS des provinces de Namur et de Luxembourg. Les langues proposées par l'équipe sont: le russe, l'arménien, l'anglais, le néerlandais, le français, et, ponctuellement, le kinyarwanda, le kirundi et le swahili. Pour les autres langues, principalement, l'albanais, le turc, le kurde, le serbo-croate, le farsi, l'arabe, le lingala, ... nous faisons appel aux Services d'Interprétariat Social (Setis) en Wallonie ou à Bruxelles.

L'équipe est composée de deux psychologues à temps plein, d'un assistant social thérapeute (mi-temps), d'un psychiatre (1/2 jour par semaine) et d'un secrétariat. Outre la subvention de la Région Wallonne, divers projets spécifiques menés ces dernières années dans le cadre du Fonds Européen pour Réfugiés ont apporté un complément de subventions, auxquelles s'ajoute la part contributive de la Province et, ponctuellement, du département de l'action sociale du SPW. Nous intervenons annuellement pour une moyenne de 300 situations, ce qui représente plus de 1700 prestations.

### **Un guide de « bonnes pratiques » à l'attention des professionnels de la santé mentale**

En 2008, afin de répondre à ses missions d'appui institutionnel au réseau et d'amélioration de l'accessibilité culturelle des services de soins en santé mentale, le service a mené un projet dans le cadre de l'appel à projets du Fonds Européen pour Réfugiés ( FER) ayant pour objectif la rédaction et la diffusion d'un guide pratique pour les professionnels du secteur de la santé mentale des provinces de Namur et Luxembourg, sur base d'une enquête préalable et d'une discussion avec les équipes de services de soins ambulatoires et résidentiels de ces provinces.

Différentes études en Belgique et ailleurs ont mis en évidence les obstacles à l'accès aux soins en santé mentale pour le public des réfugiés, demandeurs d'asile et sans papiers.

La prise en charge psychologique, psychiatrique, sociale ou logopédique de la population des demandeurs d'asile et réfugiés, mais également des « sans papiers » et, de manière générale, des personnes d'origine étrangère installées en Belgique depuis moins de dix ans, n'est pas habituelle pour les équipes dites « généralistes ». Les nouveaux migrants seraient peu réceptifs au cadre de l'aide en santé mentale. Soit, ils n'en connaissent pas l'existence, soit ils craignent la stigmatisation (« je ne suis pas fou »), ont honte ou ne se sentent pas compris. Durant les premières années de l'installation, le poids de la situation sociale fait que l'aide psychologique n'est pas une priorité : précarité, insécurité, rejet, barrières administratives. Les pys eux-mêmes témoignent d'une certaine réserve vis-à-vis de ce public en raison d'un manque de ressources: temps, formations, informations. Pourtant, notre monde devient de plus en plus multiculturel, avec pour caractéristique une multiplicité des codes et des référents identitaires. Le travail clinique auprès des réfugiés et, en général, auprès des personnes issues de cultures minoritaires ou métissées, suscite un questionnement. Les thérapies classiques avec ce public sont souvent décevantes. Les besoins des demandeurs d'asile et des réfugiés sont spécifiques à maints égards. Leur accompagnement requiert de la part des professionnels des réponses spécifiques pour différentes raisons: la communication avec des personnes ne s'exprimant pas en français, la différence culturelle, la complexité juridique des procédures d'asile ou de demande de séjour sur le territoire pour motif médical, le séjour souvent long dans les structures d'accueil, les symptomatologies atypiques ou liées au vécu traumatique et/ou de deuil.

La particularité du vécu et de la situation de ce public conduit à certains aménagements du cadre classique d'aide en santé mentale. Il faut, avant tout, du temps pour comprendre et pour établir la confiance. Les caractéristiques des problématiques que nous rencontrons sont :

- l'exil,
- le deuil,
- le déracinement,
- la précarité des liens,
- la perte du statut social,
- la perte de repères langagiers, culturels,
- l'éloignement des proches,
- la survie est le plus souvent à l'origine de l'exil même si le motif d'exil ne rentre pas dans les critères de la convention de Genève,
- la lourdeur et la longueur des procédures dont l'issue est incertaine,
- l'attente dans les centres d'accueil crée une situation d'entre deux et d'insécurité dans laquelle le temps est figé et qui empêche une véritable élaboration psychique,
- un vécu d'exclusion, d'infantilisation et de déshumanisation tout le temps que dure l'attente dans les structures d'accueil,
- la solitude et l'absence de liens sociaux.

Toutes ces personnes vivent une perte du cadre culturel interne et externe, une perte des étayages humains, sociaux, familiaux, culturels. Leur appartenance est plurielle, métissée. Souvent, les personnes cumulent différentes problématiques. La clinique avec les demandeurs d'asile et réfugiés est une clinique du deuil, une clinique du trauma, une clinique de la précarité et une clinique transculturelle. Comme dans toute clinique, il s'agit toujours de parcours singuliers, mais aussi d'essayer de lire le symptôme ou la souffrance selon plusieurs axes, nous rappelle Françoise Sironi<sup>1</sup>. La réponse n'est pas que technique. Elle est d'abord éthique, humaine et puis politique. Les axes diagnostiques et les causalités multiples nous obligent à réinventer des axes thérapeutiques et des cadres d'interventions, eux-mêmes multiples. Pour Cécile Rousseau, les familles réfugiées utilisent souvent simultanément plusieurs sources d'aides complémentaires ou même opposées. *« Ceci leur permet de reprendre pouvoir sur la situation et de réintroduire un mouvement qui permet de sortir du temps suspendu, du temps immobile qui suit le traumatisme. Les équipes cliniques peuvent ici jouer un rôle de médiation, en facilitant la construction de solutions métissées qui reflètent la multiplicité des univers dans lesquels naviguent les réfugiés ».*

<sup>1</sup> Communication lors d'une intervention au Centre « D'ici et d'Ailleurs » en avril 2006.

Si l'on veut rendre les soins en Santé Mentale accessibles à ce public, il faut envisager autrement l'accueil, la disponibilité, la souplesse du cadre, sur base d'une prise en charge globale, en réseau, qui tient compte de la situation sociale, juridique, administrative. Les caractéristiques des situations vécues par ce public impliquent :

- de faire appel à des interprètes professionnels;
- de prendre en compte le droit des étrangers et le droit d'asile ;
- un travail de collaboration étroit avec les avocats, les travailleurs sociaux, les structures d'accueil (Fedasil, Croix Rouge et ILA), le CGRA, les CPAS, ...
- de prendre en compte la religion, la situation géopolitique, la langue, les coutumes, du pays d'origine ;
- un travail en réseau avec les services et associations dans le domaine de l'interculturalité, de l'alphabétisation, de la formation et de l'insertion socioprofessionnelle.

Ce sont précisément ces différents axes de travail qui font l'objet de ce guide. De manière concrète, ce guide vise à être un outil pratique qui puisse aider les professionnels non spécialisés dans la prise en charge de ce public et à répondre le mieux possible aux problématiques qu'ils peuvent être amenés à rencontrer dans leur travail. Les différents chapitres de ce guide reprennent point par point chaque dimension qui constitue la spécificité de la prise en charge :

- les besoins de ce public, la procédure d'asile, l'organisation de l'accueil et la place du rapport médico-psychologique ;
- le travail avec interprète et la différence culturelle ;
- le trauma, le deuil ;
- la précarité ;
- le modèle de travail ;

Pour chaque point abordé, on tentera d'illustrer notre propos par une vignette clinique, de donner des adresses pratiques ainsi que quelques références bibliographiques et de liens de sites Internet pour ceux ou celles qui voudraient élargir leurs connaissances dans ce domaine.



# 2. 1<sup>ère</sup> partie :

## Le contexte socio-juridique

### 2.1 Le vécu des demandeurs d'asile et des familles primo arrivantes.

John est originaire d'un pays d'Afrique de l'Est qui connaît une guerre civile sans fin. Il est dans l'errance depuis plus de sept ans, à travers différents pays d'Europe ; sorte de SDF international. Il a été longtemps clandestin en France, où il a vécu à la rue, où il a « galéré » comme il dit. Ensuite, il est allé en Hollande où sa demande d'asile a été refusée ; il a atterri en Belgique où par miracle, sa demande d'asile a été examinée alors qu'il aurait dû être expulsé en Hollande, en vertu des accords « Dublin », désignant comme pays responsable de la procédure d'asile, le premier pays où la demande d'asile a été faite. John n'est pas bien méchant, mais quand il a bu il peut se montrer agressif. Ainsi, il a été renvoyé de cinq Centres d'Accueil ! Chaque fois, le motif de sa violence est qu'il revendique d'être traité comme un être humain normal. C'est quelqu'un de désespéré, qui n'a rien à perdre et est prêt à tout, qui a choisi le chemin de l'autodestruction, mais qui en même temps fait preuve d'une envie de survie et de vie. Il a été hospitalisé 8 mois en psychiatrie. Après ces péripéties, il est enfin accueilli dans une structure d'accueil d'un CPAS en Flandre où étonnamment il a réussi à ne pas se faire rejeter, pendant un an. Sa demande d'asile a été jugée non fondée, et, son avocat n'ayant pas introduit de recours, il ne reçoit plus d'aide matérielle. Le CPAS le tolère mais voudrait le mettre à la rue. Il a consulté un service social qui, paradoxalement, lui a conseillé d'introduire une demande de rapatriement volontaire vers son pays d'origine, pour avoir une chance de pouvoir rester en Belgique provisoirement. La Belgique, en effet, ne procède pas à des rapatriements vers ce pays, qui est un pays sans Etat, et suspend donc officiellement l'exécution de l'ordre de quitter le territoire ! Sa vie tient à un fil, et bien souvent il est dans la désespérance la plus complète. Un jour, après trois ans d'accompagnement, nous n'avons plus vu John et sommes restés sans nouvelles. Avait-il été finalement expulsé ? Avait-il été détenu dans un centre fermé ? Était-il rentré en clandestinité ? Avait-il tenté sa chance dans un autre pays d'Europe ? Était-il toujours en vie ? Nous apprendrons ensuite, un peu par hasard, qu'il vivait en Flandre et qu'après 5 demandes d'asile, soutenu par les travailleurs sociaux, John a été reconnu réfugié par la Belgique, non sans avoir été régularisé auparavant pour motif médical. Allez comprendre la cohérence du système !

#### 2.1.1. Définitions.

Avant d'aller plus loin, il convient au préalable de préciser le sens de quelques termes. Dans la population des migrants récemment arrivés sur le territoire belge, on trouve différentes catégories de personnes selon leur statut, selon la durée de leur séjour, selon leur degré de connaissance du français. On parle aujourd'hui de primo-arrivants. Sous ce vocable, on désigne généralement des personnes arrivées depuis moins de dix ans, ayant différents statuts<sup>2</sup> :

- Statut de séjour définitif :  
regroupement familial,  
réfugiés reconnus,  
régularisés définitifs ;
- statut temporaire :  
études, visas touristiques, séjour lié à contrat de travail à durée déterminée,  
régularisés temporaires, (un an ou cinq ans),

<sup>2</sup> Cocof-CIRE, L'accueil des primo-arrivants en Région Bruxelles Capitale, 07/2007, collection Ikebana, N° 3

- statut de séjour précaire :  
demandeurs d'asile en procédure, y compris ceux en recours contre un avis négatif à leur demande d'asile,
- les sans autorisation de séjour :  
illégaux et travailleurs clandestins n'ayant jamais demandé asile,  
les sans papiers déboutés de l'asile restés en Belgique malgré l'ordre de quitter le territoire et ayant introduit une demande de régularisation,  
les familles illégales avec enfants séjournant dans des centres d'accueil pour familles d'illégaux.

Le présent guide se centre sur la catégorie des demandeurs d'asile (en procédure auprès du CGRA ou du Conseil du Contentieux des Etrangers), sur celle des « réfugiés » (en référence à la définition du réfugié politique reconnu selon les critères de la Convention de Genève), ainsi que sur les personnes en situation de séjour précaire qui ont introduit une demande de régularisation. En comparaison avec la population des migrants installés en Belgique depuis plusieurs années ou celle des enfants de migrants, nés belges, l'expérience vécue par les réfugiés présente quelques spécificités :

- ▶ Préoccupations liées à la procédure d'asile ou de demande de séjour (régularisation) : comprendre la procédure, vivre dans une structure d'accueil, attendre l'interview au CGRA ou attendre la réponse. Attente de la réponse au Recours au Conseil du Contentieux ou de la réponse à la demande de séjour ; peur d'être expulsé du pays, situation de précarité dans les centres d'accueil ou ILA des CPAS.
- ▶ Préoccupations liées au passé : guerre, abus des droits de l'homme, prison, torture, perte de travail, de statut social, de maison, de biens, de la famille, misère, traumatismes.
- ▶ Préoccupations journalières liées à la migration : découverte d'un nouvel environnement culturel et de nouvelles normes, ajustement à un nouveau statut, apprentissage d'une nouvelle langue, recherche d'un lieu pour habiter, recherche de travail, découverte des législations, découverte des aspects pratiques de la vie quotidienne (se déplacer, démarches administratives), pressions liées aux difficultés d'installation, scolarité et formation ; perte de la famille qui est restée au pays ou qui se trouve ailleurs, démarches de regroupement familial, conflits familiaux, préoccupations financières, problèmes relationnels, désillusions, ...

## 2.1.2. Un lent processus de reconstruction

Tous les demandeurs d'asile ne viennent pas de pays pauvres ou en guerre. Beaucoup avaient un métier, une place dans la société, des biens, une famille. Arrivés en Europe, les structures d'accueil assurent logement et nourriture, mais la perte de statut social et la position d'assisté et d'indigent est difficilement supportable pour beaucoup d'entre eux. Le processus d'adaptation va d'abord dépendre du vécu pré-migratoire. La migration représente souvent l'espoir d'une vie meilleure pour soi ou pour sa famille restée au pays, mais elle est rarement choisie. Le plus souvent, il s'agit de survie ou d'exil forcé. A terme, la migration constitue la chance d'un nouveau départ dans la vie, mais, dans les premiers temps, l'adaptation et ensuite, « l'intégration », se heurtent à une série d'obstacles qui peuvent engendrer beaucoup de souffrances, notamment psychologiques. La migration n'est pas en soi une cause de maladie, mais de mauvaises conditions de vie, durant les premières années, peuvent être cause de souffrance.

Beaucoup de réfugiés présentent, à un moment donné de leur parcours, des signes de difficultés psychologiques avérées, sous des formes très diverses et parfois méconnues. Les réfugiés présentent des besoins multiformes dont la détresse psychologique n'est qu'un aspect. Les difficultés psychosociales sont multiples et la demande d'aide est encore trop souvent impossible à exprimer, dérangeante ou difficile à décoder et à traiter de manière globale par les professionnels de première ligne et par les professionnels de la santé mentale. Les réfugiés doivent consacrer l'essentiel de leurs ressources à des impératifs liés à leur survie et à leur séjour.

Obtenir le séjour est la priorité. Mais même lorsque le séjour est assuré, il y a encore d'autres obstacles à surmonter :

- ◆ la perte du réseau social habituel,
- ◆ la rupture dans la trajectoire de vie,
- ◆ la perte du statut social,
- ◆ la discrimination dans le pays d'accueil.

Plusieurs facteurs importants contribuent à la stabilisation, au bien-être et à l'intégration des demandeurs d'asile, réfugiés et des familles primo-arrivantes en Belgique : un accueil humain, l'aide d'un avocat spécialisé en droit des étrangers et actif dans les procédures, la possibilité de s'exprimer à l'aide d'interprètes ou médiateurs culturels dans les services d'aide sociale ou médicale, un accompagnement dans les démarches administratives, le soutien de proches, l'accès au logement, aux formations, l'accès au travail, la création de liens sociaux, ...

Une caractéristique de la migration, que celle-ci soit choisie, par exemple, pour des raisons de survie économique ou forcée en raison de persécution, guerre, violence d'Etat, c'est la rupture des étayages. Etayages culturels, sociaux, matériels, symboliques, ... Dans des moments de transition, comme l'exil ou le deuil, les individus ont besoin d'une enveloppe qui les aide à traverser ces moments. Lorsque cette enveloppe nécessaire à cette traversée fait défaut, il y a souffrance, voire pathologie. Cette rupture des appuis habituels pour tenir debout implique la mise en place d'un dispositif qui, à la fois, assure la continuité du sentiment de soi et, à la fois, respecte la diversité des référents. Pour traverser l'épreuve de la migration, la personne cherchera à recréer une enveloppe sociale et symbolique. Pour aider le migrant à traverser ce moment de crise, différents professionnels, chacun dans sa discipline et son service, vont accompagner cette personne, par différents moyens thérapeutiques, individuels mais aussi collectifs, par exemple à travers des espaces de socialisation, des cours, des ateliers, des lieux de convivialité ou de formation où la personne pourra se sentir valorisée pour ses compétences et pas seulement considérée comme usager de services ou victime de pertes multiples. Dans leur ouvrage sur les enfants des mères résilientes, Barudy et Marquebreuck soulignent combien la famille et la communauté, en tant qu'enveloppes sociales et sources de soutien, sont vitales pour assurer la « bienveillance » et le bien-être des enfants. Parfois, en raison de dépression ou trauma, les compétences parentales peuvent être défailtantes. Lorsque la famille est défailtante, les professionnels peuvent contribuer à restaurer cette enveloppe et soutenir la parentalité.

Notre pratique auprès des demandeurs d'asile et réfugiés nous a appris qu'il existe souvent une tendance de la part des professionnels à pathologiser et à individualiser des problématiques dont l'origine se situe au niveau des conditions de vie qui sont, elles, pathogènes. Loin de vouloir «socialiser» le vécu psychique, le modèle que nous décrivons met néanmoins l'accent sur toutes les interventions qui peuvent influencer favorablement le contexte de vie des personnes et ainsi les aider à reconstruire leur vie, pour se reconstruire eux-mêmes.

## Pour en savoir plus

- ▶ Cocof-CIRE, L'accueil des primo-arrivants en Région Bruxelles Capitale, 07/2007, collection Ikebana, N° 3.
- ▶ Politique (revue), 01/2005, Réfugiés, étrangers en Belgique: vers un horizon solidaire, 1954-2004: le Cire a 50 ans, numéro hors série à l'occasion des 50 ans du CIRE.
- ▶ Burnett A , Peel M, 2001, "Health needs of asylum seekers and refugees", British Medical Journal, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=11230074>
- ▶ Watters Ch, Ingleby D, 2003, Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers; Part A. Introduction to the Final Report; Ercomer, FER, <http://www.uu.nl/uupublish/onderzoek/onderzoekcentra/ercomer/projects/project/28318main.html>
- ▶ Watters Ch, Ingleby D, 2005, Mental health and social care for asylum seekers and refugees ; a comparative study, in Igleby D (Eds), Forced migration and mental health, rethinking the care of refugees and displaced persons, USA, Springer, series international and cultural psychology (Marsella AJ)
- ▶ Barudy J, Marquebreuck A-P, 2005, Les enfants des mères résilientes, la parentalité bienveillante dans les situations extrêmes : violences de genre, guerres, génocides, persécutions et exil, Ed Solal, collect Résiliences
- ▶ Clinique de l'Exil-FER, 2008, Développement et évaluation d'une aide psychosociale aux « Mena » et femmes seules, selon une approche intégrée, inédit.

## 2.2 Aspect juridique

### Qu'est-ce qu'un réfugié?

Un réfugié, selon la Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés de 1951, est une personne qui « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ». En Belgique, un réfugié est une personne dont la demande d'asile a été estimée fondée par le CGRA.

### CGRA

Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides

### Demandeur d'asile

Un demandeur d'asile est une personne qui demande protection à un autre pays que le sien parce que dans son pays il craint pour sa vie et sa sécurité et parce que son pays ne peut lui assurer cette protection. Lors de l'interview au CGRA, la personne doit (dé)montrer en quoi elle craint pour sa vie et en quoi son pays (Police, Justice, Autorités, ...) ne la protège pas.

### Migrant économique

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

### Demandeur d'asile débouté

Demandeur d'asile qui a reçu l'ordre de quitter le territoire belge parce que sa demande d'asile n'a pas été acceptée et qui doit obtempérer à cet ordre.

### Personne sans-papiers de séjour

Ressortissant étranger qui réside en Belgique sans disposer d'un titre légal de séjour soit parce que celui-ci est expiré soit parce qu'il n'en a jamais disposé.

### 2.2.1. La demande d'asile<sup>3</sup>

Tout étranger qui a fui son pays parce que sa vie ou son intégrité y était menacée, et qui craint d'y retourner, peut demander une protection et un droit de séjour en 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.

#### Le statut de réfugié

La Belgique a ratifié la Convention de Genève de 1951 relative aux droits des réfugiés. Cette convention internationale définit ce qu'est un réfugié. La Convention de Genève énonce 5 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 ».

<sup>3</sup> Extrait du « Guide de procédure d'asile en Belgique » édité par le CIRE, 2007. Nous reproduisons ici un article rédigé par le CIRE et paru dans la revue de l'IWSM « Confluences », N° 21, février 2009, consacré au thème « Exils et appartenances ».

## 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 État européen ou en Belgique, conformément aux accords dit de « Dublin » ou « Schengen »), 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) à l'aide d'un questionnaire à remplir par le candidat réfugié.

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. Avec l'aide de son avocat, elle pourra introduire ce recours auprès du Conseil du Contentieux des Etrangers dans les 15 jours de la notification de cette décision.

Il est possible d'introduire un recours au Conseil d'Etat contre la décision du Conseil du Contentieux des Etrangers, mais c'est exceptionnel car ce recours ne porte que sur le respect ou non de la loi, et non sur le motif d'asile.

## **Statuts et droits reconnus aux réfugiés reconnus**

Si le CGRA accorde le statut de réfugié, la personne est autorisée à séjourner en Belgique pour une durée illimitée. Elle recevra une attestation de réfugié et pourra bénéficier du droit au regroupement familial. Elle aura accès au marché du travail (sans devoir avoir de permis de travail). Si la personne ne dispose pas de revenus financiers ou de travail elle aura droit au revenu d'intégration sociale à charge du CPAS de la commune de sa résidence.

## **Statuts et droits reconnus aux personnes bénéficiant de la protection subsidiaire**

La personne est autorisée à séjourner en Belgique mais pour une durée limitée. En effet, chaque année, les instances d'asile vérifieront si les conditions qui ont donné lieu à la protection sont encore réunies. Si c'est le cas, le permis de séjour sera renouvelé pour une durée d'un an. Au bout de 5 ans, si le droit de séjour a été prolongé chaque année, la personne obtiendra un droit de séjour pour une durée illimitée sur le territoire belge. En tant que bénéficiaire de la protection subsidiaire, la personne a le droit de travailler. Mais, elle doit d'abord obtenir un permis de travail C qui sera renouvelé tant qu'elle sera autorisée au séjour. Si la personne est en état de besoin, elle aura droit à une aide sociale, à charge du CPAS.

## **Introduire une deuxième demande d'asile**

Une nouvelle demande d'asile peut être introduite. Toutefois, cette nouvelle demande ne peut aboutir que si le demandeur d'asile dispose d'éléments nouveaux (par exemple une preuve que le demandeur n'a pas pu présenter lors de la demande précédente, des événements survenus récemment dans son pays d'origine, etc.). La même procédure est suivie comme s'il s'agissait d'une première demande d'asile. Si la nouvelle demande ne contient pas de nouveaux éléments, l'OE peut prendre une décision de refus de prise en considération (annexe 13 quater) contre laquelle le demandeur pourra uniquement introduire un recours au CE.

## **Rapatriement forcé**

Un demandeur d'asile est débouté lorsque sa demande d'asile et son éventuel recours contre des décisions négatives ont été considérés comme injustifiés et rejetés par toutes les instances compétentes. Pour la plupart des demandeurs d'asile, la procédure d'asile se termine ainsi. Les demandeurs d'asile déboutés reçoivent un ordre d'éloignement et sont tenus de quitter le territoire Schengen dans un délai de cinq jours. FEDASIL ne leur accorde alors plus aucune aide sociale, mais ils conservent néanmoins leur droit à recevoir des soins médicaux dans le cadre de « l'aide médicale urgente ». Si un demandeur d'asile continue de séjourner en Belgique passé ce délai, la police est habilitée à l'arrêter et à l'amener dans un centre fermé. Les centres fermés relèvent de la compétence du Ministre de l'Intérieur, et non de FEDASIL. Les demandeurs d'asile déboutés peuvent alors être rapatriés à partir de ce type de centres fermés.

## **Pour en savoir plus**

Contactez les services sociaux et juridiques spécialisés en droit des étrangers.

Consulter les sites: [www.adde.be](http://www.adde.be) (rubrique « fiches pratiques » ; « catégories spéciales »)

et [www.cire.be](http://www.cire.be) (<http://www.cire.irisnet.be/ressources/guides.html>)

CGRA : <http://www.cgra.be/fr/index.jsp>

## 2.2.2. La demande de séjour pour raison médicale

L'article 9ter de la loi du 15/9/2006 prévoit que: « *L'étranger qui séjourne en Belgique et qui dispose d'un document d'identité et souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume au ministre ou à son délégué. L'étranger doit transmettre tous les renseignements utiles concernant sa maladie. L'appréciation du risque précité et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne est effectuée par un fonctionnaire médecin qui rend un avis à ce sujet. Il peut, si nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts. (...)* ».

La demande doit être introduite directement auprès de l'Office des Etrangers (OE) par recommandé. Elle doit être accompagnée d'une preuve d'identité (passeport ou titre de voyage équivalent) et d'un certificat médical type dûment complété.

Si ces conditions sont réunies, la demande est déclarée recevable et la personne se voit délivrer un titre de séjour provisoire (attestation d'immatriculation, carte dite « orange »). Elle pourra alors demander au CPAS de sa commune de résidence une aide matérielle ou financière pour subvenir à ses besoins pendant la suite de la procédure.

L'OE examine ensuite le fondement de la demande et accorde ou non le séjour à titre médical. Si le séjour est accordé, il l'est pour une durée limitée (en général 1 an). Si, 1 mois avant l'expiration du titre de séjour, la situation médicale est inchangée ou aggravée, une demande de renouvellement peut être introduite auprès de la commune (qui transmet à l'OE) sur production des éléments médicaux. Au bout de 5 ans, si le droit de séjour a été prolongé chaque année, la personne obtiendra un droit de séjour pour une durée illimitée sur le territoire belge.

### Pour plus d'informations:

Consulter le site [www.medimmigrant.be](http://www.medimmigrant.be)

## 2.2.3. Sans-papiers

Conformément aux Conventions Internationales concernant les Droits de l'Homme ou les Droits de l'Enfant, les personnes sans titre de séjour ont certains droits :

- Les « sans-papiers » peuvent bénéficier de l'aide juridique gratuite d'un avocat pro-deo (Assistance judiciaire). L'aide dans les démarches juridiques ou administratives peut aussi être fournie par les services sociaux spécialisés pour étrangers.

- Quel que soit le statut de séjour de ses parents, l'enfant a le droit d'être inscrit à l'école primaire ou secondaire.

- Les familles illégales bénéficient de l'aide matérielle dans un Centre d'accueil réservé aux familles d'illégaux. Le Droit de l'Enfant prévoit, en effet, que celui-ci ne peut être laissé à la rue.

- L'aide médicale. L'Arrêté Royal du 12.12.1996 relatif à l'aide médicale urgente aux personnes en séjour illégal donne le droit à l'aide médicale. Sur base d'un certificat délivré par le médecin traitant attestant que le soin se situe dans le cadre de l'aide médicale urgente, le CPAS du lieu de résidence paie les frais médicaux ( et se fait rembourser par l'INAMI) et, en principe, délivre une carte médicale pour tous les soins futurs. Si le CPAS refuse de prendre en charge les frais, la personne peut introduire un recours devant le Tribunal du Travail.

### Pour en savoir plus:

Consulter le site [www.medimmigrant.be](http://www.medimmigrant.be)



## 2.2.4. Quelle politique d'asile ?

Quelques caractéristiques de la politique d'asile doivent être soulignées afin de contextualiser nos interventions psychologiques, médicales et sociales. Il y a aujourd'hui en Belgique plus ou moins 12.000 demandeurs d'asile par an. En 2000, le nombre de demandeurs d'asile était encore de 40.000 par an. Comme le montre tous les jours l'actualité nationale et internationale, la question de l'asile s'inscrit dans celle, plus large, de la migration et de la mondialisation. Régi par une loi sur l'asile réformée en 2007, l'asile est d'abord une question politique, éthique et citoyenne, tant en Belgique que dans l'Union Européenne.

Depuis plus de 10 ans, le régime d'asile en Europe traverse une crise. Il y a des millions de réfugiés dans le monde. L'Europe et les pays riches n'en accueillent qu'une toute petite partie. De nombreux pays, notamment ceux qui sont proches des régions d'origine des flux de réfugiés, accueillent un bien plus grand nombre de réfugiés, de demandeurs d'asile et migrants que les États membres de l'UE. Du fait de la fermeture des frontières à la migration normale depuis plusieurs années, les migrants économiques utilisent le système d'asile pour entrer dans l'Union Européenne. Ceci a eu pour conséquence une augmentation impressionnante du nombre de demandeurs d'asile dans les pays européens jusqu'au début des années 2000. Pour les gouvernements européens, la solution pour limiter les flux migratoires et pour lutter contre un supposé envahissement de faux demandeurs d'asile, a consisté à mettre en place des mécanismes de contrôle aux frontières externes de l'Europe et de dissuasion de l'immigration. Mais ce contrôle des flux migratoires menace le droit d'asile pour les « vrais réfugiés ». Parmi les travailleurs illégaux expulsés avant d'atteindre l'Europe, il y a de nombreux candidats demandeurs d'asile qui se voient dans l'impossibilité de demander asile. Ces politiques ont également eu pour conséquence que les demandeurs d'asile sont désormais considérés par les instances comme des faux réfugiés. Comme dans la plupart des pays européens aujourd'hui, la convention de Genève est interprétée de façon extrêmement restrictive. Tout candidat réfugié est supposé mentir sur son motif d'asile. Les procédures sont donc très longues, coûteuses, aboutissent le plus souvent à des décisions négatives, et, paradoxalement, offrent peu de sécurité juridique aux demandeurs d'asile parce qu'elles aboutissent parfois à une détention en centre fermé ou à un rapatriement. Cette longue attente à l'issue incertaine est pénible pour les demandeurs d'asile et il y a un malaise croissant dans l'opinion publique. La presse elle-même fait souvent un amalgame entre étranger, migrant, sans-papier, clandestin, demandeur d'asile et réfugié, entretenant ainsi cette confusion, ce malaise et une stigmatisation de l'étranger considéré comme profiteur.

### Pour en savoir plus

Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers : <http://www.cire.irisnet.be/>

Centre pour l'égalité des chances : Site « New in Town » rubrique « séjour » : <http://www.newintown.be/NEWINTOWN/FR/WATDOEIKOM/1+SEJOUR/>

Comité médical pour les exilés ( France ) ; COMEDE : <http://www.comede.org/spip.php?page=index>

Réseau Scientifique TERRA : <http://www.reseau-terra.eu/>

## Petit lexique du bien recevoir à l'usage des indigènes

PAR PIERRE-ARNAUD PERROUTY JURISTE À LA LIGUE DES DROITS DE L'HOMME

*A l'instar des soirées chic, l'accueil réussi des hôtes passe aussi par l'utilisation d'un vocabulaire adéquat. Au risque de gâcher dès le départ des relations prometteuses.*

**Clandestin** : personne qui ne s'est jamais enhardie à déclarer son amour de la Belgique à aucune administration, qui ne figure sur aucun registre et n'a par conséquent (presque) aucun droit.

**Illégal** : personne qui, après s'être enhardie (voir «clandestin») ou avoir été contrôlée par hasard, a été priée d'aller voir ailleurs, ce qu'elle n'a pas fait.

**Sans-papiers** : terme préféré aux deux précédents parce que moins stigmatisant, qui désigne toute personne qui n'a pas le droit de côtoyer durablement les 99 % de Belges déprimés par le mauvais temps persistant.

**Demandeur d'asile** : personne qui présente environ 90 % de chances de voir sa demande de protection sur base de la Convention de Genève de 1951 rejetée au motif que son récit n'est pas crédible puisqu'elle ne se souvient plus du prénom de la troisième épouse du dictateur de son pays.

**Réfugié** : spécimen rare qui a eu la chance de pouvoir démontrer un risque de persécution individuelle, de bénéficier d'un bon avocat et du soutien de son entourage ou d'une association, qui a fait preuve d'une persévérance hors du commun et se voit octroyer le droit de travailler en Belgique dans quelque secteur délaissé par les indigènes.

**Protection subsidiaire** : sous-statut éventuellement accordé à ceux qui n'arrivent pas à prouver le risque de persécution individuelle (voir «réfugié») mais dont le pays est néanmoins ravagé par la guerre et qu'on renverra dès que tout ira mieux dans ledit pays.

**Régularisation** : loterie permanente organisée par le Ministère de l'Intérieur. Le nombre de gagnants est extrêmement réduit mais une éventuelle grève de la faim augmente substantiellement les chances de gain. Elle peut aussi occasionnellement être dite one shot, avec une super cagnotte à la clé.

**Centre fermé** : euphémisme pour désigner une prison où sont enfermées des personnes non belges (y compris des enfants) qui ont poussé le bouchon jusqu'à oser rêver d'une vie meilleure.

**Eloignement** : autre euphémisme pour désigner l'expulsion par la force de personnes qui avivent notre mauvaise conscience en nous rappelant par leur seule présence l'inégalité patente de la répartition des richesses mondiales.

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

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

**« Centre des immigrés Namur »**

Rue Ruplémont, 16-18, 5000 Namur,  
081/22.42.86

**« Centre des immigrés Luxembourg »**

Marche, Arlon, Libramont  
061/292518

**« Caps migrants » (Ex Aumônerie des Etrangers)**

Rue des anglais 33, 4000 Liège ;  
04/223.39.10

**« Aide aux personnes déplacées »**

Rue du Marché, 35, 4500 Huy,  
085/21.34.81

**« Accueil et promotion des immigrés »**

rue Léon Bernus, 35, 6000 Charleroi,  
071/31.33.70

**« Centre social protestant »**

Rue de Cans, 12, 1050 Bruxelles,  
02/512.80.80

**« Siréas » ( Service International de Recherche, d'Education et d'Action Sociale)**

Rue de la Croix, 22, 1050 Bruxelles  
02/649.99.58

**« Service Social de Solidarité Socialiste » (SESO)**

rue de Parme, 26, B-1060 Bruxelles,  
02/533 39 84

**« CIRE » (Coordination Initiative pour Réfugiés et Etrangers)**

02/629 77 10

**« Vluchtelingenwerk Vlaanderen »**

02/ 274 00 20  
<http://www.vluchtelingenwerk.be>

**« Comité Belge d'Aide aux Réfugiés » (CBAR)**

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.  
Rue Defacq, 1, 1000 Bruxelles  
02/537.82.20

## 2.3. Les structures d'accueil

Lorsque la personne fait sa demande d'asile à l'Office des Etrangers, celui-ci l'adresse au service « dispatching » qui lui désigne un lieu d'hébergement (le code 207), soit dans une structure d'accueil, soit dans une Initiative Locale d'Accueil (ILA) d'un CPAS. Le demandeur d'asile est hébergé dans un des centres Fedasil ou de la Croix-Rouge ou dans une Initiative Locale d'Accueil (ILA) d'un CPAS, pendant tout le temps que dure la phase de procédure d'asile. Il ne reçoit pas d'aide financière mais est hébergé, nourri, et reçoit des soins médicaux ou psychologiques. C'est ce que l'on appelle l'aide matérielle. L'introduction d'un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers (CCE) (avant la réforme de la Loi asile de 2007, on parlait du recours au Conseil d'Etat) permet, en principe, la prolongation du séjour dans le centre d'accueil ou une ILA jusqu'au moment de la décision.

En théorie après 4 mois de séjour en centre d'accueil, le candidat réfugié se voit attribuer un accueil en ILA, mais en pratique, vu la saturation du réseau d'accueil, le séjour en Centre d'accueil peut être très long. La durée de résidence dans un centre varie fortement d'un dossier à l'autre, certains demandeurs d'asile n'y restent que quelques jours, d'autres plusieurs mois ou années.

Si la demande d'asile a été déclarée, fondée, le réfugié quitte le centre d'accueil ou l'ILA pour s'installer dans la commune de son choix où le Centre Public d'Aide Sociale (CPAS) lui fournit une aide sociale.

L'accueil des demandeurs d'asile est une matière fédérale qui dépend du Ministre de l'Intégration et qui est organisée par l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) – avec ses divers partenaires : Croix-Rouge-Rode Kruis, Initiatives Locales d'Accueil (ILA) des CPAS, Mutualités socialistes, Vluchtelingewerk Vlaanderen et CIRE.

### Pour en savoir plus

FEDASIL : <http://www.fedasil.be/home/index>

## 2.4. Le rapport médico-psychologique dans la procédure d'asile et de séjour

Il arrive que dans la demande d'asile, interviennent des éléments d'ordre médical ou psychologique, comme par exemple, des séquelles psychologiques de torture ou viol. Dans la loi sur l'asile, basée sur une logique de la preuve, le demandeur est tenu de tout mettre en œuvre pour obtenir tous les documents pouvant appuyer son récit. Par ailleurs, la récente loi sur le séjour prévoit la possibilité de demander un séjour pour raisons médicales sur base de l'article 9 ter (anciennement article 9.3). Certains psychologues refusent de faire des rapports médico-psychologiques dans le cadre des procédures d'asile ou de séjour. D'autres les font, mais pas toujours à bon escient. Beaucoup de psychologues ne sont pas familiers de la procédure, de la psychiatrie culturelle, du psychotraumatisme ou de la situation géopolitique dans le pays d'origine du demandeur d'asile. Les catégories diagnostiques classiques ne sont pas utilisables avec les réfugiés victimes de guerre pour des raisons culturelles et de langue. Au contraire, certains psychologues dépassent leur rôle en se transformant en sauveur et en se faisant l'avocat de leur patient, à la place de l'avocat ou du travailleur social. Certains avocats sont mobilisés et engagés pour constituer un dossier solide, aidés ou non en cela par un travailleur social mais beaucoup se contentent de faire le minimum, estimant qu'intervenant dans le cadre de l'assistance judiciaire (pro-deo), ils sont mal payés. Certains travailleurs sociaux jouent avec efficacité un véritable rôle de coordination entre différents intervenants, tandis que d'autres adoptent une position d'attente.

Dans la situation des demandeurs d'asile, situation complexe, interviennent souvent différents acteurs : travailleur social, médecins, psychologues, psychiatres, avocats. Une plus grande efficacité du rôle de chacun repose sur une concertation et un échange d'informations entre ces différents acteurs, au bénéfice du demandeur d'asile, de sa procédure et de sa santé. L'expérience montre clairement que l'absence de concertation, l'attente passive ont un effet néfaste sur la procédure et allongent inutilement les délais de procédure, toujours au détriment de la santé du demandeur d'asile. Plus que dans d'autres secteurs, les problématiques des demandeurs d'asile touchent aux limites des mandats et rôles de chacun. Chacun travaille dans son domaine mais tous ont en commun d'être sur le terrain du droit humain fondamental à la dignité, sur le terrain de l'humanitaire et du politique (au sens de la « polis » et de la citoyenneté). Notre expérience montre que la passivité des uns ou des autres n'est jamais payante. Les psychologues et médecins ont tout intérêt à avoir une connaissance minimale du droit d'asile et du droit des étrangers. Les avocats ont aussi intérêt à mieux connaître le mode de travail des thérapeutes. Selon nous, le travailleur social est le mieux placé pour avoir un rôle de coordination dans l'échange d'information, de manière à ce que le demandeur ait un seul interlocuteur qui assure ainsi continuité tout au long de sa procédure.

Il est donc fondamental de savoir dans quel contexte social et juridique le psychologue et le psychiatre sont sollicités par l'avocat ou le travailleur social.

### **2.4.1 Le rôle des attestations médicales et psychologiques pour les étrangers en procédure d'asile ou en demande de régularisation de séjour<sup>4</sup>**

Le rôle des attestations médicales et/ou psychologiques pour les étrangers en attente d'un titre de séjour est très important, et même souvent déterminant. Le contenu de l'attestation diffèrera en fonction du cadre dans lequel l'attestation s'inscrit : une demande d'asile ou une demande de régularisation de séjour pour motif médical.

#### **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 lui être demandé 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 prétend 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.

<sup>4</sup> Le paragraphe 2.4.1. a été rédigé par, et reproduit avec l'autorisation de, Céline Verbrouck, Avocate ; Blanmailland & associés ; [www.blanmailland.be](http://www.blanmailland.be); bureau spécialisé, entre autres, en droit des étrangers, droits de l'homme et droit humanitaire. Cet article est paru dans la revue de l'WSM « Confluences », N° 21, février 2009, consacré au thème « Exils et appartenances ».

Après une décision de refus d'asile, les attestations sont souvent réclamées en urgence, vu le délai actuel de 15 jours pour faire appel au « Contentieux » et compte tenu du caractère écrit de la procédure où tout doit être dit, en principe, 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 circonstancié (dont le modèle est accessible sur le site de « Medimmigrant »<sup>5</sup>). 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](http://www.ithaca-eu.org)) dans la mesure où cela contribue souvent à démontrer l'état de santé du patient.

## 2.4.2 En pratique

Il y a plusieurs cas de figure :

- Rapport demandé par l'avocat, par le requérant ou par le travailleur social dans le cadre de la procédure d'asile, soit
  - ▶ avant l'interview au CGRA
    - comme élément venant appuyer la demande de protection,
    - pour demander d'avancer ou de postposer la date de convocation au CGRA, en raison de l'état de santé ;
  - ▶ pour le recours au Conseil du Contentieux,
  - ▶ en urgence, dans le cadre d'une reprise Dublin, pour éviter le renvoi dans un autre pays d'Europe où la personne aurait déjà demandé asile ;
  - ▶ pour le CBAR.
- Pour le médecin de la cellule 9 ter (anciennement 9.3) de l'OE dans le cadre d'une procédure 9 ter.
- Pour le Tribunal du Travail, dans les cas où un CPAS refuse d'accorder l'aide sociale.
- Pour Fédasil ou la Croix-Rouge dans le cadre :
  - ▶ de besoins médicaux particuliers, telle une chambre individuelle, ....
  - ▶ d'une demande de transfert de centre ou vers une ILA.

En tant que thérapeute, il apparaît difficile de demander au patient d'aller voir un autre soignant, juste pour que celui-ci établisse un rapport. Refuser d'en rédiger un au nom de la supposée neutralité thérapeutique peut être perçu par le demandeur d'asile comme une participation du soignant aux mécanismes d'exclusion de la société d'accueil. Rédiger un rapport de type « expertise » n'est d'ailleurs pas incompatible avec une position thérapeutique.

<sup>5</sup> Modèle de rapport circonstancié ([www.medimmigrant.be](http://www.medimmigrant.be)). Ce site contient des informations précieuses, également en français. (Voir aussi [www.vmc.be](http://www.vmc.be) et [www.adde.be](http://www.adde.be)).

En effet, la rédaction d'un rapport par le thérapeute apporte reconnaissance, contribue à l'alliance thérapeutique et fait partie du soin. Ensuite, toujours dans le cadre thérapeutique, le rapport est lu à la personne et lui est remis. En tant que tel, le rapport introduit du tiers et peut même constituer un espace transitionnel. Nous avons souvent remarqué des réactions émotionnelles fortes au moment de la lecture du rapport, ce qui permet de reprendre et élaborer ces réactions par la suite.

Dans notre expérience, les aspects psychologiques sont pris en compte au CGRA lorsque la souffrance est importante et grave. Selon les avocats spécialisés en droit d'asile, au plus tôt le rapport médico-psychologique figure au dossier du requérant, au mieux c'est pour la suite de la procédure. En effet, dans le cas où un rapport médico-psychologique figure dans la demande d'asile et où le CGRA prend une décision négative, le Juge au Contentieux pourra toujours demander pourquoi, éventuellement, le CGRA n'a pas tenu compte des éléments psychologiques invoqués dans la demande d'asile et renvoyer la copie au CGRA pour réexamen. Tout témoignage sur l'état de santé mentale qui pourrait affecter le déroulement de l'interview ou la cohérence du récit d'asile, est donc bienvenu, selon les avocats, y compris un témoignage de travailleurs sociaux ou d'animateurs. En Belgique, la Loi sur l'asile ne prévoit pas d'aménagements particuliers de la manière dont se déroule l'interview pour les personnes qualifiées de vulnérables.

Selon le CGRA, il y aurait surabondance de certificats, ce qui jette un discrédit sur la profession de médecin ou de psychologue. Chaque année, des cas sont menés devant l'Ordre des médecins, pour irrégularités. Parmi les rapports qui arrivent chez le psychologue expert interne au CGRA, 76 % des demandeurs d'asile présenteraient un état de Stress Post Traumatique. Après examen de la personne par l'expert du CGRA, il n'y en a, selon lui, que 13,8 % ! Il y aurait, selon le CGRA, beaucoup de certificats de complaisance, qui sont faits par des professionnels non spécialisés dans des questions d'asile, de trauma ou de psychiatrie culturelle. Ce travail suscite des questions qui n'ont que rarement de réponse vu l'absence de dialogue entre le secteur de la santé mentale, les avocats, les travailleurs sociaux et les instances d'asile et de séjour. Quel est le poids d'un rapport médico-psychologique dans la balance aboutissant à une décision positive ou négative? Pour beaucoup de professionnels du secteur de l'accompagnement des demandeurs d'asile, les critères sur base desquels les décisions « asile et séjour » sont prises par les instances, semblent arbitraires. Certains dossiers bien étayés traînent pendant des mois ou des années, tandis que d'autres qui paraissent peu fondés, reçoivent rapidement une issue positive. Beaucoup de nos patients attendent depuis plusieurs années, dans l'incertitude, une réponse à leur procédure, introduisent plusieurs procédures et tous sont malades de cette attente dans des conditions parfois extrêmement précaires. Pour certains, cette attente cruelle laissera des traces indélébiles et extrêmement invalidantes.

Ainsi, l'attestation établie après une audition au CGRA a-t-elle moins de valeur qu'une attestation établie avant une audition? Une attestation qui arrive en urgence après une décision négative n'est pas très crédible. Parfois le rapport est demandé par l'avocat, après une audition, pour attester que le candidat a des troubles de mémoire ... Certaines personnes développent des pathologies après leur arrivée sur le territoire et il n'y a pas de lien évident entre la souffrance et le motif d'asile. D'autres avaient une pathologie avant de venir, mais pas liée aux violences subies. Ce sont là différentes raisons pour lesquelles il est recommandé de ne pas établir un rapport après une seule consultation, sauf urgence flagrante.

Parfois le rapport pour la demande de séjour pour motif médical est établi alors que la personne est sur le territoire depuis plusieurs années sans traitement psychologique. Ceci rend ce rapport également moins crédible, idem lorsque la personne change souvent de soignant.

Examinons les critères auxquels le rapport doit répondre aux yeux du CGRA pour que celui-ci soit pris en considération.

## Ce que devrait contenir le rapport

- ▶ Il ne s'agit jamais de complaisance, mais de dire ce qui est, du point de vue clinique et humain.
- ▶ Qui demande l'attestation et à qui elle est destinée ?
- ▶ Préciser son propre degré d'expertise avec les demandeurs d'asile ou en clinique.
- ▶ La durée du suivi, le nombre de consultations.
- ▶ Qui a référé le patient ?
- ▶ Décrire les signes cliniques observés en consultation et leur évolution dans le temps.
- ▶ Un diagnostic, si possible en référence au DSM4 ou l'ICD10.
- ▶ Un compte-rendu détaillé dans un jargon très technique sur l'évolution de la thérapie n'intéresse pas le CGRA.
- ▶ Quelle prise en charge ? Proposition de traitement, durée, pronostic ...
- ▶ En fonction des signes cliniques observés, dire leur impact éventuel sur la capacité du patient à être entendu et à s'exprimer clairement lors de l'interview au CGRA ou lors de l'audience au Conseil du Contentieux.
- ▶ Eventuellement préciser si la personne rentre dans la catégorie des personnes dites vulnérables, c'est-à-dire, « dont la capacité de présenter son cas devant le CGRA est grandement diminuée en raison soit :
  - > du fait d'avoir été victime ou témoin de torture, génocide, viol, persécution en raison du sexe ou d'autres sévices graves ;
  - > de caractéristiques personnes telles que :
    - maladie mentale
    - maladie physique
    - handicap mental ou illettré
    - l'âge (mineurs, jeunes, personnes âgées )»<sup>6</sup>

En raison de l'expérience vécue, la personne peut éprouver du mal, voire une impossibilité, à évoquer de manière cohérente certains éléments de son histoire ou de son motif d'asile.

- ▶ Ne jamais mentionner que la demande d'asile de la personne est bien fondée. Ne pas exprimer d'opinion sur la sincérité de la personne. Ce n'est pas le rôle du psychologue, du thérapeute ou du médecin.
- ▶ Le cas échéant, montrer le lien entre les symptômes et les événements qui ont motivé la demande d'asile.
- ▶ Comme le soignant n'a pas effectué l'audition, une concertation avec l'avocat est indispensable pour connaître le motif d'asile et mettre en lien les symptômes et ce motif.
- ▶ On emploiera le conditionnel : « ... la torture, ...l'emprisonnement, ...le viol dont Mr ou Mme dit avoir été victime, ... ».
- ▶ Indiquer si les symptômes constatés sont compatibles avec les faits allégués .
- ▶ Indiquer en conclusion que le rapport est remis en main propre au patient, de manière à respecter à la fois l'obligation du respect du secret médical et la loi sur le droit du patient à avoir accès à son dossier médical.

<sup>6</sup> Selon la définition donnée par une directive de la Loi Canadienne sur l'asile, prévoyant un assouplissement de l'audition pour les personnes qualifiées de vulnérables.



Comme le décrit très bien Janet Cleveland<sup>7</sup>, le rôle du rapport médico-psychologique est multiple :

- Il permet de préciser l'impact de l'état psychique du demandeur d'asile sur sa capacité de présenter son cas lors de l'audition au CGRA. Ainsi, l'état mental de la personne peut justifier un assouplissement de la procédure, par exemple, l'accompagnement par une personne de confiance lors de l'interview. Dans ce cas, le rapport peut expliquer certaines incohérences du récit.
- Le rapport décrivant des symptômes traumatiques peut corroborer l'exposition à des événements traumatiques, sans bien sûr constituer une preuve.
- Le rapport peut excuser la divulgation tardive, l'insuffisance des démarches pour chercher protection auprès des autorités du pays d'origine.
- Le rapport permet de décrire les effets néfastes pour la santé en cas de renvoi au pays d'origine.

Selon les avocats, le rapport doit contenir suffisamment de précisions, car l'avocat peut alors s'appuyer sur les éléments du rapport pour plaider. C'est le cas au Conseil du Contentieux des Etrangers ou au Tribunal du Travail. Dans 30 % des cas, le Juge du Recours casse la décision du CGRA, parce que, dans sa décision le CGRA n'a pas tenu compte de certains éléments. Le CGRA doit motiver sa décision négative avec des arguments solides, à quoi l'avocat peut opposer d'autres arguments que le CGRA aurait négligés. Pour le CBAR également le rapport doit être assez complet mais ne doit pas comporter de détails sur le récit d'asile, pour ne pas mélanger les rôles et pour ne pas risquer qu'il y ait des contradictions entre le contenu du rapport et les déclarations du candidat au CGRA. Selon les avocats, un rapport trop flou, trop succinct ou incompréhensible est inutile, mais en même temps ce n'est pas à l'avocat à dire au psychologue ce qu'il doit mettre dans son rapport. Il s'agit en tout cas de dire ce que la personne risque en cas de retour au pays, non en termes de sécurité pour sa vie, mais en termes de santé. En droit, le doute profite au demandeur. Même si la preuve n'existe bien sûr jamais vraiment en psychiatrie ou en psychologie, lorsque le rapport dit « il semble que », l'avocat a un argument sur lequel s'appuyer dans son Recours.

Dans le cadre d'une procédure de demande de séjour pour raisons médicales, la question se pose de savoir qui doit déterminer si par exemple des soins en santé mentale sont disponibles dans le pays d'origine en cas de retour. L'avocat a rarement le temps de faire des recherches Internet. Le soin existe éventuellement, mais l'accès géographique ou financier est difficile. Le rapport doit mentionner ce que la pathologie deviendrait en cas de retour au pays. Mentionner qu'un retour au pays comporte un risque grave pour la santé, par exemple, dire que la souffrance sera réveillée. La notion de crainte subjective peut être acceptée, si elle est étayée. Exemple : le risque de rejet par sa famille d'une femme victime de viol, même s'il n'y a plus crainte actuellement pour sa sécurité. Autre exemple, dans le cadre d'une reprise Dublin, le cas échéant, on peut attester que la personne a besoin d'un membre de sa famille en Belgique pour se soigner.

<sup>7</sup> Lors de sa présentation à la journée d'étude « Les maladies du séjour », organisée par le CIRE et le CBAR le 12/12/2008.

## Pour en savoir plus

Medimmigrant : [www.medimmigrant.be](http://www.medimmigrant.be)

Vlaaams minderheden centrum: [www.vmc.be](http://www.vmc.be)

Association pour le Droit des Etrangers: [www.adde.be](http://www.adde.be)

Information on Treatment and Healthcare Accessibility in Countries of Origin: <http://www.ithaca-eu.org/>

The Mental Health atlas, WHO: statistical information on mental health care in most countries: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/en/)

Comité médical pour les exilés-France (COMEDE): Manuel pratique de prise en charge médico-psycho-sociale des exilés et migrants/étrangers en situation précaire : <http://www.leguideducomede.org/>

Medical Foundation for care of victims of torture: Accès aux soins en santé mentale : <http://www.torturecare.org.uk/publications/reports>

Medical Foundation for care of victims of torture; Methodology Employed in the Preparation of Medico-Legal Reports; <http://www.torturecare.org.uk/files/methodology.doc>

UNHCR; Refworld; Refugee decision report; Country information  
<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain/>

Crépeau Fr, Foxen P, Houle F, Rousseau C ; 2001, Analyse multidisciplinaire du processus décisionnel de la CISR ; *Refuge*, Vol 19, No 4

Cleveland Janet, 2008, L'expérience des demandeurs d'asile face au système canadien du statut de réfugié, <http://www.cdim.cerium.ca/L-experience-des-demandeurs-d>

Fassin, Didier et Rechtman, Richard, 2007, L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime ; Ed. Flammarion

Rechtman R, Cooper, Le Maléfan, de Becker, Young, Rousseau, d'Halluin, Mestre ; 2006, Mensonges ? N° spécial de *l'Évolution psychiatrique*

## L

Madame L nous a été adressée par le Dr T, médecin du centre d'accueil de W en juin 2006. Madame est reçue avec l'aide d'un interprète en lingala. Madame L est originaire de RDC (Kinshasa). Elle est arrivée en Belgique en mars 2006. Elle a subi de graves violences conjugales, qui constituent le motif de sa fuite. Elle a subi des violences sexuelles de la part de son mari. Il s'agit d'un mariage coutumier, célébré en 2000. Mariage forcé avec un homme beaucoup plus âgé. Son père n'avait pas de pension. Elle a accepté ce mariage pour la dot. Si elle fuyait se réfugier dans sa famille, celle-ci l'aurait forcée à retourner chez son mari à cause de la dot et l'absence de revenus pour leur propre subsistance. Sa famille la traite de « folle » et son mari a parlé de sorcellerie à son sujet. En août 2006, la symptomatologie est la suivante : troubles du sommeil, repense aux violences subies, rêve d'être poursuivie par des militaires. Manifestations neurovégétatives : palpitations, sueurs, baisse de tension, mal au dos, mal à la tête ; ... Appétit coupé. Troubles cognitifs : oublie, est « ailleurs ». Elle présente ces troubles depuis 2003. Madame a été peu scolarisée et est d'intelligence moyenne. Elle semble hébétée, absente, passive, comme éteinte. En entretien, elle pleure en évoquant les violences subies. Fin septembre 2006, son état mental se dégrade. Nous la revoyons en urgence en raison d'une bouffée délirante : elle dit avoir vu un film où elle a reconnu des gens qu'elle connaît. Son père, décédé, lui « donnait la force ». Délire de toute puissance : par ex : « quand je pleure, il pleut » ; ou encore « lorsque je ne suis pas au centre d'accueil, les gens ne mangent pas ; ils attendent mon retour pour manger ». Lorsqu'elle va à la toilette, elle procède à des rituels de protection. Mme ne mange pas depuis plusieurs jours. Le matin, une force la pousse à se dépêcher pour se préparer. Le Saint-Esprit lui ordonne certaines choses. Elle se sent nerveuse, et par exemple, s'énerve sur les enfants du Centre. Une voisine de chambre l'a invitée et Mme a arraché toutes les photos du mur qui avaient un caractère trop sexuel. Lorsqu'elle se regarde dans le miroir, elle voit son image floue ! Nous avons demandé si Mme ressentait des peurs ; elle nous dit que non, mais il me semble lire la terreur dans son regard (elle a subi plusieurs viols). Un voisin de chambre lui a fait voir un film érotique ; suite à quoi Mme avait une force décuplée ! Je demande si elle pense que des gens au Congo ont le pouvoir d'agir sur elle à distance ? Elle dit non. Je demande si elle se sent en sécurité en Belgique ? dit oui. A la fin de l'entretien, Madame prend sa bible qu'elle commence à lire à voix haute, comme pour se rassurer et être protégée. Contactée, l'infirmière du Centre confirme qu'au Centre, Mme pleure beaucoup, est nerveuse et se promène avec une bible.

Devant l'infortune ou la maladie, les gens de milieux populaires à Kinshasa, ont recours à la religion ou la magie pour donner un sens à ce qui leur arrive. Et ont recours à des rituels de protection magico-religieux. Madame est catholique. Au pays, elle aurait sans doute recours à un exorciste. Malgré la médication, en octobre 2006, Madame restait dans un état d'agitation hypomaniaque avec idées délirantes: elle continue à lire la bible de manière compulsive ; elle apprend les langues «qui lui viennent toutes seules»: l'anglais, l'allemand, le swahili, le portugais ; elle s'invente une filiation (sa mère est angolaise, ..) ; elle continue à être hyperactive au centre: dès qu'elle se lève, elle se lave beaucoup, nettoie, fait des tresses; fait de la couture, .... Madame paraît confuse, incohérente (ne répond pas à ma question mais à côté) est nerveuse. Les rituels et lire la bible ne signifient pas qu'il y ait possession ou envoûtement. Il y a risque de raptus agressif ou suicidaire. Madame ne parle plus d'une «force» qui lui dit de faire ceci ou cela. Elle se dit moins fâchée ou irritable. Au cours du traitement, il y a une légère amélioration de son état ; les angoisses psychotiques ont cessé.

Madame subit un double exil, à la fois géographique et familial. En quittant le mari que son père lui a fait épouser, Madame a fait contracter à son père une dette. Elle a mis sa famille dans une situation impossible et n'y a plus d'alliés. Madame peut légitimement craindre une vengeance qui l'atteindrait même ici, selon les croyances africaines. Dans ces conditions, il est compréhensible qu'elle se réfugie dans la Bible, pour se protéger. Selon le Dr T qui l'a soignée à Racines Aériennes, l'exaltation mystique est une manifestation pathologique, mais pas nécessairement le signe d'une maladie mentale chronique. Par contre, dit-il, le danger demeurera aussi longtemps que la dette n'aura pas été payée. Fin 2007, Madame refait une crise délirante. Elle sera hospitalisée plusieurs mois en psychiatrie. A ce jour, elle a quitté la clinique et a été régularisée pour motif médical. Installée à Bruxelles, nous n'avons plus eu de nouvelles à son sujet.



# 3.2<sup>ème</sup> partie :

## La clinique

Après avoir abordé le contexte socio-juridique du travail d'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés, nous abordons ici la partie clinique. Nous avons choisi de présenter d'abord la clinique culturelle et le travail avec interprète-médiateur, la clinique du trauma, la clinique du deuil et la clinique de la précarité. Ces dimensions sont, en effet, les principaux axes qui constituent l'ossature du travail thérapeutique auprès de ce public.

### 3.1 Santé mentale, culture et langue

#### 3.1.1. Le vécu migratoire

Une caractéristique des familles réfugiées et récemment arrivées, contrairement aux familles marocaines ou turques installées depuis plusieurs années, est la dislocation temporaire ou même définitive de la cellule familiale et l'absence d'une importante communauté de compatriotes. Ou bien lorsqu'il y a des compatriotes, il n'y a pas toujours de solidarité.

La plupart des réfugiés proviennent de pays peu industrialisés. La caractéristique culturelle des sociétés dites collectivistes, en opposition à l'individualisme dans le monde occidental, est l'importance des liens d'appartenance familiale et l'insertion de l'individu dans un réseau étendu où le statut de l'individu est lié à une appartenance à un lignage. La famille exilée accorde une grande importance à la famille étendue, particulièrement aux grands-parents ainsi qu'aux frères et sœurs des parents. Dès l'arrivée en Belgique, lorsque la famille se confronte aux conditions de vie d'une société industrielle avancée caractérisée par l'individualisme, les loyautés au lignage, à la famille et à la tradition sont mises à rude épreuve. La socialisation des enfants de primo-arrivants s'inscrit dans un processus de polarisation entre les valeurs de la culture d'origine et celles du pays d'accueil, entre les obligations vis-à-vis de la famille et le désir d'autonomie et d'émancipation. Parmi les demandeurs d'asile il y a beaucoup de femmes seules avec enfants, le mari est décédé ou disparu. Ces femmes sont aussi relativement isolées. Dans les couples, on assiste à un changement du rôle traditionnel de la femme. Les divorces sont nombreux après quelques années de séjour. Parfois, il y a violence conjugale. Les familles vivent dans des conditions financières difficiles, et ce, plusieurs années après leur arrivée en Belgique. Elles ont généralement le minimum vital au niveau de la nourriture, du logement et du vêtement. Peu ont un emploi ou alors il s'agit d'emplois précaires.

Le Service de Santé Mentale « le Méridien »<sup>8</sup> a mené une enquête en 2002 auprès de 50 personnes migrantes ou réfugiées, afin de mieux connaître la manière dont elles vivent les difficultés au début de leur installation en Belgique et afin d'identifier les solutions qu'elles ont trouvées pour surmonter celles-ci. Cette étude souligne quelques points capitaux pour décrire les besoins psychosociaux des primo-arrivants ainsi que les ressources à leur disposition :

- L'accès au travail, sans discrimination constitue un facteur déterminant de la santé et de l'intégration. Selon cette étude, une des causes majeures de la souffrance des immigrés est ce racisme au quotidien et à l'embauche. Dans un tiers des cas interrogés, l'immigration s'est accompagnée d'une perte d'emploi. Une personne sur cinq a gardé le travail qu'elle avait chez elle ou a trouvé un travail correspondant à sa formation. Mais le plus souvent, les personnes diplômées se voient obligées d'accepter des travaux sous-qualifiés pour échapper à l'assistance publique. Par exemple, un médecin travaille comme aide-soignant, un universitaire est chauffeur de taxi. Ceux sans qualification particulière trouvent du travail « au noir » dans les domaines de l'agroalimentaire, de la construction, de la confection vestimentaire, des travaux ménagers etc...
- En second lieu, dans l'immigration, les questions familiales sont un sujet important de préoccupations. La famille est à la fois source de tracas et une ressource sur laquelle s'appuyer. L'immigré se trouve pris entre deux systèmes de valeurs souvent antagonistes. Au pays, la famille est entourée, tandis qu'en Belgique, elle se trouve seule ou se replie sur elle-même. L'immigration entraîne souvent un bouleversement des rapports entre conjoints, entre parents-enfants également, mais aussi le rapport aux autres. Dans certains cas, la femme est arrivée en Belgique seule, sans son mari. Alors qu'elle ne l'avait jamais fait auparavant, elle s'habitue à la gestion de toute la famille de manière autonome. Lorsque son mari arrive, il ne trouve plus sa place, d'autant que la femme détient à elle seule tous les revenus de la famille. Pour une femme issue d'un milieu musulman traditionnel, le rapport homme-femme en Belgique est fondamentalement différent. Au contact de la nouvelle culture, les valeurs changent. Si les deux membres d'un couple n'évoluent pas en même temps, cela peut poser problème. S'il y en a un qui s'intègre plus rapidement que l'autre, ça va être la crise. Les enfants sont tiraillés entre la culture de leurs parents et celle de l'école. Les familles immigrées vivent souvent d'aides diverses, dans des conditions précaires, sans possibilité de réalisation personnelle, ce qui engendre des frustrations et de la violence dans les familles ou de la maltraitance.
- Mais la famille permet aussi de résoudre les problèmes. En général, les conflits de couples, les comportements inadéquats des enfants, les conflits avec les voisins, ... sont d'abord confiés aux personnes les plus proches (les parents au premier degré), ensuite soumis aux « vrais amis », et enfin aux instances communautaires qualifiées (les autorités religieuses, les notables, les personnes les plus âgées etc.). Traditionnellement, le mariage n'est pas une décision individuelle. La famille élargie a son mot à dire. Lorsque des conflits surviennent, la famille élargie intervient chez les partenaires en conflit, veille à assurer la stabilité de la famille et du couple. Parfois, c'est l'homme qui décide seul et la femme n'a rien à dire. Dans les migrations plus anciennes, les structures traditionnelles fonctionnent toujours et seraient très appropriées pour régler les problèmes de la communauté. Pour des migrants de certaines communautés, l'Eglise joue un rôle majeur dans la solution des problèmes qui surgissent.
- Attention de ne pas idéaliser la tradition. Le poids de celle-ci peut être source de nouvelles souffrances et d'oppression, surtout pour la femme.
- Concernant l'accès aux soins, les immigrés interrogés n'ont pas rencontré de difficultés particulières, mais il y a un net manque d'information sur les droits aux soins. L'étude du Méridien montre que les immigrés ne sont pas suffisamment informés ou sont mal informés au sujet de leurs droits ou des possibilités d'accès aux soins de santé, surtout les sans-papiers. Parfois, il y a des tracasseries administratives au sujet du paiement des soins.

8 Méridien (le) SSM, 2002, Accueil et accès aux soins des personnes migrantes en Belgique, Cocof

- En ce qui concerne l'accueil dans les divers services d'aide ou de soins, tantôt celui-ci pose problème ; tantôt il a laissé un souvenir très positif. Demander de l'aide et dépendre de l'aide sociale est vécu comme très humiliant : tracasseries administratives, faire la file, accepter un emploi sous qualifié pour ne plus dépendre de l'aide sociale. La personne avait un statut, un revenu, un standing de vie dans son pays, et ici se retrouve assistée, doit acheter des vêtements de seconde main. Pour l'homme dont le rôle social est, traditionnellement, de subvenir aux besoins de sa famille, le statut d'assisté, surtout si sa femme travaille, est blessant. Bien des professionnels ont pu tenir des propos blessants, sans intention de l'être : préjugés et stéréotypes culturels (« tous les a sont des b»), rendre des comptes, être pris pour un débile à cause d'une difficulté linguistique. Parfois les immigrés ont à faire à des attitudes délibérément méprisantes : attitudes soupçonneuses, disqualification, mal informés de leurs droits, traités comme s'ils étaient tricheurs ou profiteurs, se sentir de trop, ...
- L'intégration est un facteur de santé. L'intégration implique une volonté de participer à la vie de la société d'accueil sans pour autant renoncer à son identité culturelle. L'intégration passe par une tolérance mutuelle ou une acceptation réciproque des différences. Plus que l'aide psychologique, les migrants interrogés disent avoir besoin de pouvoir trouver leur place dans la société d'accueil.
- Dans les deux premières années de l'installation en Belgique, les exigences de la survie occupent le devant de la scène. Après, ce sont les besoins de reconnaissance et de réalisation sociale qui deviennent importants. Avoir un réseau social soutenant devient alors un objectif majeur. La santé mentale va de pair avec le soutien social que l'on trouve autour de soi. Plus que parler de ce qu'ils ressentent intérieurement, les immigrés demandent d'abord du soutien social. Il est préférable d'avoir une seule personne, mais sur qui on peut compter, qu'avoir dix services autour de soi mais qui n'inspirent aucune confiance.

## Pour en savoir plus

Méridien (le) SSM, 2002 :

- Accueil et accès aux soins des personnes migrantes en Belgique, Cocof

Cocof-CIRE, 2007

- L'accueil des primo-arrivants en Région Bruxelles Capitale, coll. Ikebana, N° 3

Revue Rhizome, 2005

- « Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône Alpes ; Modalités cliniques et inter partielles », <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/RAPPORTFINAL.pdf>

### 3.1.2. L'aide en santé mentale

Au début, on l'a vu, la priorité c'est l'obtention des papiers, trouver un logement, apprendre la langue, trouver une formation. Les besoins des réfugiés sont sociaux, familiaux, éducatifs, professionnels. Dès lors, les primo-arrivants et réfugiés ne voient pas toujours le sens et l'utilité d'une aide psychologique. Pire, l'aide psychologique peut être perçue par eux comme inconnue, inquiétante, incompréhensible et/ou inaccessible. Selon l'enquête réalisée par le SSM le Méridien auprès des 50 réfugiés dont certains ont consulté un SSM (un sur 5 seulement), les immigrants ne considèrent pas le psychologue comme une personne ressource ou comme compétente pour régler leurs difficultés personnelles ou familiales. Les raisons sont multiples. Celles qui sont souvent évoquées sont :

- Le psychologue, c'est pour les fous;
- Nous avons dans notre communauté d'autres personnes plus compétentes et plus respectées à qui nous faisons confiance;
- Consulter un psychologue, c'est humiliant, c'est reconnaître qu'on a besoin de l'aide d'un étranger pour régler ses propres problèmes.

Une enquête menée par le Ministère de la Santé en Australie, («Strategic partnering : culturally and linguistically diverse consumer participation »<sup>9</sup>), porte sur les barrières culturelles et linguistiques à l'accès aux soins en santé mentale des réfugiés et migrants. Cette étude montre que les personnes issues des différentes communautés culturelles et linguistiques :

- utilisent moins souvent les services médicaux et psychiatriques que la population générale ;
- n'ont pas connaissance des différents types de services existants ou ne connaissent pas la marche à suivre pour accéder aux services adéquats,
- ne comprennent pas la manière de travailler des services et ne se sentent pas comprises par les professionnels de la santé.

Les raisons pour lesquelles les personnes issues des différentes communautés culturelles et linguistiques sont moins présentes dans les services de santé en général sont :

- une réticence à avoir recours aux services en raison des barrières culturelles et linguistiques ;
- l'absence de sensibilité culturelle des services de soins ;
- les expériences pré-migratoires et/ou traumatiques ;
- l'absence d'informations disponibles dans les différentes langues ;
- l'absence de services culturellement appropriés ;
- l'absence d'interprètes ou le recours inapproprié à l'interprète ;
- l'absence de consultation des personnes issues des différentes communautés culturelles et linguistiques présentant un problème de santé mentale ;
- l'absence de personnel formé adéquatement au travail avec les personnes issues des différentes communautés culturelles et linguistiques présentant un problème de santé mentale.

<sup>9</sup> National Mental Health Strategy; Multicultural Mental Health Australia, "Reality Check: culturally diverse mental health consumers speak out", 2004. Traduit de l'anglais, résumé et adapté par P Jacques.



On peut imaginer que ces constats sont valables chez nous. Les réfugiés et demandeurs d'asile, mais aussi les primo-arrivants en général, sont donc confrontés à différents problèmes qui peuvent affecter leur santé et leur santé mentale.

Si on prend en compte le contexte des individus, il y a plusieurs facteurs qui influencent la santé et la santé mentale du migrant ainsi que son rapport au service de santé :

- la religion : mais attention, par exemple, pour l'islam, on ne peut généraliser car il y a plusieurs interprétations de l'Islam.
- le parcours migratoire : ce n'est pas la même chose de migrer par choix, pour des raisons économiques lorsqu'on est jeune, qu'on a un diplôme, qu'on a une famille qui s'occupe de vous ou si on est forcé de quitter son pays à cause de la guerre, sans famille, sans diplôme, sans mari, ...
- le vécu lors de l'installation dans les premières années ;
- les liens de sociabilité : par exemple, est-ce qu'il y a entraide familiale, soutien au sein de la communauté ?
- la structure et le fonctionnement familial.
- le degré d'acculturation, ...

Selon les quelques études mentionnées, les personnes d'origine étrangère ne consultent pas facilement, mais cette barrière à l'accès aux soins ne vient pas de la culture ou de la religion, mais vient le plus souvent de l'incapacité du système de soins à faire face à la diversité culturelle, religieuse et linguistique. La plupart des thérapies classiques ne prennent pas en compte l'influence des événements collectifs dans le fonctionnement psychique et dans la psychopathologie. La pratique auprès de migrants, réfugiés et demandeurs d'asile montre combien l'approche clinique, toujours singulière, s'inscrit dans un contexte social, dans ses rapports avec le collectif, avec une articulation entre les champs cliniques, psycho-anthropologiques et sociaux, dans laquelle les représentations des professionnels sont mises en question. Devant la multiplicité des repères pour la construction identitaire des jeunes migrants en particulier, mais aussi ceux de la deuxième génération, les équipes se voient confrontées à l'articulation des dimensions de langue et de culture, avec pour enjeux les questions d'altérité, d'intégration et de différences. Comme le souligne Françoise Sironi<sup>10</sup>, par leur souffrance et symptômes atypiques, certains migrants, installés depuis plusieurs années, illustrent le passage raté entre deux mondes, l'ancien et le nouveau, le monde des ancêtres et le monde des vivants, ...

<sup>10</sup> Sironi Françoise, *Comment inventer des pratiques cliniques adaptées aux mondes contemporains ?* Texte de la conférence prononcée le 29 mai 2001, à l'Université Paris 8, lors de la journée «porte-ouvertes» du Centre Georges Devereux, <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/29mai.htm>

## Services de santé mentale spécialisés

« Santé en exil », Charleroi  
Grand Rue 67; 6000 Charleroi  
071/412102

« Clinique de l'exil », Namur  
Province de Namur, IPOG  
4 rue Dr Haibe ; 5002, St Servais  
081/736722

« Tabane » (ex Racines Aériennes), Liège  
rue des Steppes, 28 ; Liège 4000  
04/228.14.40

« Mpora », Tite Mugrefya  
Entraide rescapés génocide rwandais ;  
Groupes de parole à Liège, Charleroi, Bruxelles : 0485/994580

« D'ici et d'ailleurs », 1080-Bruxelles : 02/414.98.98

«Exil» à St Gilles: 02/534 53 30  
[http://www.exil.be/index.php?fr\\_exil](http://www.exil.be/index.php?fr_exil)

«Ulysse» à Ixelles: 02/5330670

«Rivages» à Bruxelles Ville: 02/5500670

« Le méridien », St-Josse, 02/218.56.08

- Consultation d'ethnopsychiatrie à Brugmann (Dr Woitchik)

- Consultation du Dr Pierre (Centre Chapelle aux champs)

- « De sociale kaart », Flandre  
Site très complet reprenant toutes les adresses de services sociaux et psy en Flandre, par province  
<http://www.desocialekaart.be/>

### 3.1.3. L'adaptation culturelle des services

L'adaptation culturelle des services d'accueil, d'accompagnement social ou de soins devrait être évidente dans une société multiculturelle. Une sensibilisation aux différents aspects de la culture est bénéfique pour les professionnels comme pour les usagers. Prendre en compte les manières traditionnelles de concevoir le monde améliore l'efficacité du service rendu. Dans certaines cultures, il est normal de ne rien demander et d'endurer la souffrance avec courage et dignité. En matière de soins, dans certaines traditions, la maladie et la guérison sont la volonté de Dieu. Certaines croyances amènent la personne à faire davantage confiance à la médecine traditionnelle et à refuser les médicaments. L'adaptation culturelle des services :

- contribue à réduire le fossé entre attentes des usagers issus des différentes communautés culturelles et les services offerts ;
- permet au professionnel de préciser le problème à résoudre ;
- permet que l'aide proposée soit mieux acceptée par la personne et par sa famille ;
- réduit les délais pour obtenir de l'aide et améliore l'accessibilité ;
- améliore la communication entre patient et usager ;
- renforce la compatibilité entre vision traditionnelle du monde et modèle occidental.

L'adaptation culturelle des services est basée sur les dimensions suivantes :

- ▶ Valeurs et attitudes: être attentif au fait que les représentations de la santé, de la maladie, de la mort varient d'une culture à l'autre ;
- ▶ L'attention portée à la communication est la clé pour comprendre et être compris ;
- ▶ La participation des communautés: lorsque les représentants des associations culturelles sont impliqués et consultés, il y a amélioration de la qualité des soins ;
- ▶ L'environnement physique: l'organisation des lieux devrait refléter l'identité culturelle des membres des communautés auxquels le service s'adresse, y compris sur le plan des langues ;
- ▶ Les politiques et procédures administratives: elles devraient être conçues d'une manière qui reflète que les différences linguistiques et de représentations de la santé sont prises en considération ;
- ▶ Pratiques basées sur les réalités vécues par les usagers : les professionnels doivent être formés pour comprendre l'importance de la différence entre leur point de vue et celui de l'utilisateur et comprendre l'influence socio-politique des réalités vécues par les usagers ;
- ▶ Formation continue: la formation à l'interculturalité doit faire partie intégrante des pratiques professionnelles à tous niveaux.

### 3.1.4. La Clinique transculturelle

#### La matrice sociale et culturelle de la santé mentale

Dans la médecine occidentale et selon le concept biomédical, la santé est définie comme absence de maladie et le corps humain est le seul référent de la pratique médicale. Mais il existe d'autres approches, centrées sur la sociogenèse des problèmes individuels ou de groupe, sans nier les composantes individuelles, intrapsychiques et biologiques de la santé mentale. En 1986, la Charte d'Ottawa (ONU) insistait sur les déterminants de la santé autres que seulement l'anatomie: la paix, l'abri, l'éducation, les vivres, le revenu, un écosystème stable, des ressources viables, la justice sociale et l'équité. La santé mentale est donc liée à des valeurs individuelles et collectives. Elle est influencée par les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques.

Certains facteurs contextuels constituent des obstacles à la santé mentale et à l'adaptation réciproque de l'individu et des groupes à leur milieu ; par contre, il y a des conditions qui facilitent cette adaptation réciproque. Selon cette définition, une planification des services doit prendre en compte tant les caractéristiques de la société, les conditions de vie et les représentations. Les représentations de la santé et de la maladie varient d'une culture à l'autre. Pour Gilles Bibeau, dans chaque société, selon les lieux et les époques, il existe :

- un savoir propre relatif au corps, à son fonctionnement, à la personne et aux rapports aux autres, à l'identification des maladies à travers des signes spécifiques et à la classification et l'interprétation des problèmes ;
- un savoir-faire qui est fait de réactions et de réponses aux problèmes allant du soutien donné par la famille au traitement par des spécialistes partageant le même univers de référence que la personne malade ;
- un savoir être qui renvoie aux valeurs que le groupe met à la base de ses conceptions de la vie, de l'être humain et de la vie des autres.

Dans de nombreuses cultures (dites traditionnelles), la conception de l'homme et de l'univers est différente de celle de la société occidentale et donc l'explication de la « folie » est différente. Pour Laplantine, en Afrique Noire, ce qui compte le plus n'est pas de savoir si c'est le corps ou l'esprit qui est atteint, l'individu ou le collectif, mais bien de connaître la nature du malheur qui frappe un individu ou le groupe. Pour Léandre Nshimirimana<sup>11</sup>, lorsque quelqu'un va voir le guérisseur, c'est pour comprendre « l'origine du mal » : s'il s'avère qu'une folie, une fracture, l'infertilité d'un champ, la mort d'un animal domestique, la violence dans la famille, la perte d'un emploi ou l'échec dans une affaire..., ont pour origine la sorcellerie, par exemple, ou l'attaque par un esprit ancestral, c'est le même rituel de guérison qui sera utilisé. Dans les sociétés dites traditionnelles, la santé est comprise comme étant le reflet d'un équilibre entre tous les autres systèmes où évolue un sujet : systèmes économiques, politiques, écologiques, symboliques.... « *Un père de famille ne sera pas en bonne santé si son champ ne donne rien ou si ses vaches sont stériles* ». L'appartenance culturelle de chacun influence donc son attitude devant la vie, la mort, la santé et la maladie. Et cette conception de la santé et de la maladie détermine le rapport que la personne et le groupe auront avec la médecine officielle, ses institutions, ses services et ses intervenants.

11 Méridien (le) SSM, 2002, Accueil et accès aux soins des personnes migrantes en Belgique, Cocof, inédit.

## Jeune fille arménienne

Une demande nous est adressée, via d'autres patients arméniens pour une jeune fille arménienne. Le motif de la consultation est une tentative de suicide; sur fond de conflit familial; avec des non-dits. Elle est reçue par notre collègue arménienne, tantôt seule, tantôt avec ses parents.

Elle vit en Belgique avec ses parents et son frère, depuis l'âge de 9 ans; elle est « 100% » intégrée ; presque assimilée. Se pose le problème du choc entre deux cultures; celle des parents et de la société dite d'accueil. Il n'y a pas de trauma, si ce n'est indirectement. Le trauma des parents, arméniens, est transmis indirectement à la fille, d'autant qu'il y a un non-dit, soit disant pour protéger les enfants des souffrances vécues aux générations antérieures. En effet, la mère est elle-même réfugiée. Sans parler du génocide des arméniens en Turquie, elle a été témoin des massacres des arméniens à Baku en Azerbaïdjan. Elle s'est réfugiée avec ses parents en Arménie; mais là les réfugiés d'Azerbaïdjan n'étaient pas acceptés. Ses parents sont restés en Arménie. Elle a ensuite vécu en Russie où il n'y avait pas de sécurité non plus.

Ce cas pose la question de l'identité et de l'appartenance parce qu'à la maison on ne parle pas. Résultat : la fille tombe amoureuse d'un turc. Sacrilège pour des arméniens! Les parents mettent des interdits. La fille fait une tentative de suicide. La mère se trouve devant un dilemme : risquer le suicide de sa fille ou accepter sa liaison avec un turc. Le travail a consisté à aider à faire le lien entre l'histoire individuelle et l'histoire collective ; à aider la fille à connaître ses racines. Dans ce cas, le fait que la thérapeute soit arménienne a été capital, par la connaissance qu'elle a de l'histoire et des réalités locales. La thérapeute s'est impliquée ; elle a vivement conseillé à la fille d'aller voir le film sur l'Arménie; elle a fait venir les grands-parents d'Arménie ; elle a conseillé d'aller une fois à l'église orthodoxe. Le référent culturel et historique n'a pas été imposé, mais il y a eu travail de transmission, avec les parents. La thérapeute, arménienne, a réagi comme elle aurait fait avec sa propre fille. La thérapie a consisté à renouer les bouts d'histoire individuelle avec l'Histoire; à briser le silence ; à soutenir les parents dans leur rôle de transmission de l'histoire et des racines.

### Clinique transculturelle

En ethnopsychiatrie, on distingue généralement deux approches, l'une anglo-saxonne, la psychiatrie culturelle et l'autre spécifiquement française, l'ethnopsychanalyse. La «psychiatrie transculturelle» désigne une pratique qui postule l'universalité de la pathologie mentale, mais qui tente de repérer les manifestations spécifiques de cette maladie reliées à la culture dans laquelle le sujet a été élevé. Cette pratique est centrée sur l'interprétation du discours culturel des patients, tout en se référant à la biomédecine.

Pour l'ethnopsychanalyse, la différence socioculturelle est le fondement même de l'ethnopsychiatrie : le sujet, dans la mesure où il se socialise, participe forcément au modèle culturel dans lequel il s'exprime. L'ethnopsychiatrie ne concerne pas uniquement des migrants qui viennent de pays lointains. L'ethnopsychiatrie concerne aussi des migrants installés depuis plusieurs années ou leurs enfants. Leurs symptômes illustrent alors ce que peuvent être les effets dévastateurs de la déculturation. Pour Marie-Rose Moro, l'identité passe par un double processus de filiation (transmission à l'intérieur de la famille, entre générations, dans un axe vertical) et d'affiliation (transmission interne à la famille et externe assurée par les groupes d'appartenances aux différents âges de la vie, école, amis, mariage, milieu de travail, loisirs). En situation intra-culturelle, il y a plus ou moins concordance entre transmission verticale et liens horizontaux. Mais en situation migratoire, le dehors risque de figer le dedans et d'idéaliser le passé. L'absence de validation par l'externe fragilise la transmission interne. La clinique interculturelle est une pratique de l'altérité et du métissage. Ce travail se base sur une consultation en équipe constituée de membres d'origines et d'appartenances diverses (ou la consultation avec un interprète médiateur). Un tel dispositif de groupe a pour but de fournir un lieu susceptible de représenter la pluralité des appartenances, de façon externe, ce qui permet de nommer plus facilement cette pluralité.

## Le groupe comme dispositif

La culture, c'est le système de signification à partir duquel le monde et toutes les expériences (maladie, amour, bonheur, tristesse, relations aux autres,) deviennent intelligibles pour le sujet et pour sa communauté. La culture est ce qui permet d'attribuer un sens à ce qui nous arrive : le sens du deuil, de la maladie, de la perte. La question du sens c'est celle du « pourquoi cela m'arrive » ? Donner du sens c'est rendre la mort, la maladie, la catastrophe, ... assimilables dans son univers habituel.

Dans la société africaine, le fou, est celui qui va provoquer la rencontre entre le monde des vivants et celui des morts ou des esprits. Le fou est souvent rejeté par la société, mais, à travers ses symptômes, il convoque les ancêtres ou les esprits. Le guérisseur apparaît alors comme un médiateur, celui qui peut exprimer dans le monde des vivants les messages du monde des ancêtres ou des esprits.

Dans le système traditionnel de compréhension du malheur, il n'y a pas de hasard. Le malheur est interprété comme résultant de la transgression d'un tabou, du non-respect d'un rite, de la sorcellerie, de la persécution des esprits, d'interdits non respectés. L'événement a une cause que nous occidentaux on va appeler « surnaturelle ». Donner un sens à la cause c'est donner prise sur cette souffrance, la rendre maîtrisable ; c'est refuser la fatalité. Tout événement est toujours vécu subjectivement par un sujet, qui est lui-même toujours historiquement et culturellement situé. Le deuil, par exemple comment est-il traité en Afrique ? Souvent, le deuil est travaillé collectivement, par toute la famille, selon des interdits, des coutumes et un calendrier précis. Il y a des souffrances qui apparaissent en exil, précisément parce que dans le pays d'accueil, il n'est pas possible de traiter l'événement subi, la souffrance, la perte, de la manière dont, dans le pays d'origine, il serait traité. Le statut de la douleur, le rapport aux épreuves de la vie dépendent de chaque individu mais varient aussi d'une culture à l'autre.

Lorsque quelqu'un est assis entre deux chaises, entre deux cultures, il se peut que le seul moyen pour faire face à ces contradictions, soit le délire ou la tentative de suicide; par exemple, chez l'adolescent, coincé entre la culture musulmane et la culture de l'école.

La notion de multiplicité et de diversité des référents se situe au cœur de la pratique ethnopsychiatrique. Dans le dispositif classique élaboré par Nathan (1988), la multiplicité se trouve mise en oeuvre par la diversité des professions et des origines culturelles des co-thérapeutes présents. Le voyage entre les langues (langue maternelle, langue du pays hôte) et entre les niveaux de sens (anthropologique, psychodynamique, systémique...) constitue une autre illustration de cette multiplicité et de la possibilité que des identités plurielles puissent coexister dans une certaine harmonie. « *La diversité des identités culturelles et les rapports dynamiques toujours présents entre la personne et sa culture d'origine (ou celle de ses parents) recouvrent également la diversité des parcours, des histoires et des subjectivités en jeu* »<sup>12</sup>.

Selon Nathan (1991), l'approche groupale est essentielle à cause de la « *conception de la personne et du fonctionnement des systèmes étiologiques traditionnels qui exigent un dispositif groupal, car ces systèmes qui comportent une médiation entre des univers (par exemple, ordinaire et extraordinaire) ne peuvent fonctionner dans une situation duelle* » (ou de face à face). De plus, le groupe permet l'abord de diverses perspectives culturelles à cause de la diversité d'origine des thérapeutes s'y trouvant.

<sup>12</sup> Yves Lecomte, Sophie Jama et Gisèle Legault, « Présentation : L'ethnopsychiatrie », *Santé mentale au Québec*, vol. 31, n° 2, 2006, p. 7-27, <http://www.erudit.org/revue/smq/2006/v31/n2/014800ar.pdf>

Dans les sociétés traditionnelles, la maladie est un événement qui ne concerne pas que le sujet souffrant, mais l'ensemble de son entourage (famille, groupe social, monde invisible). Le malade est un intermédiaire entre les humains et les autres. Aussi, la maladie est-elle soignée par le groupe social ou par une communauté thérapeutique. Le groupe effectue une médiation entre les univers ordinaire et extraordinaire, médiation qui peut rarement être réalisée en situation duelle. C'est pourquoi, l'ethnopsychiatrie s'est positionnée pour un dispositif de groupe. La rencontre duelle est inhabituelle dans les sociétés traditionnelles et peut être ressentie comme menaçante pour le patient, car si le thérapeute individuel détient la clé de la maladie c'est qu'il est aussi capable de la transmettre, d'effectuer de la sorcellerie, par exemple. La présence d'un groupe permet de contourner cette réticence et permet à la thérapie de ressembler davantage à celles qui sont connues des patients (pour l'Afrique, le Maghreb, Haïti, par exemple).

Dans l'exil, l'individu est aux prises avec des fractures diverses dans son rapport à lui-même, à son environnement et aux autres. En référence à la notion d'espace transitionnel telle que définie par Winnicott, le dispositif de consultation ethnopsychiatrique vise à réintroduire un sentiment de continuité dans ce contexte marqué par des ruptures, des pertes et parfois même de l'aliénation suite au processus migratoire et aux difficultés d'intégration dans la société hôte. En intégrant l'ici et l'ailleurs, ce cadre apparaît comme protecteur pour l'individu. Selon nous, le fait de travailler en consultation avec interprète remplit partiellement cette fonction transitionnelle.

### **La Culture et « L'entre-deux »**

Pour Zerdalia Dahoun<sup>13</sup>, dans l'expérience migratoire, à l'acculturation liée à la précarité, s'ajoute le changement de cadre culturel d'origine. La perte du cadre, est la perte du contenant et l'appui sans lequel nous ne pouvons vivre. L'intervention psychosociale consistera dès lors à créer un espace intermédiaire à la fois culturel et psychique c'est-à-dire un cadre thérapeutique qui vienne soutenir l'expérience de la transitionnalité entre espace psychique et champ social. Un cadre qui permet de recréer du lien, de mettre du sens et de construire des valeurs qui empruntent au monde d'avant et au monde d'aujourd'hui. Dans cette perspective, le rôle du thérapeute est de créer cet espace de médiation, de passage, un espace qui joue ce rôle d'étagage qui permet de franchir le cap, sorte de passeur. Ce rôle n'est pas tenu par le thérapeute tout seul, il s'agit plutôt de créer un dispositif groupal. Il s'agit de créer un cadre d'accueil qui a cette fonction de médiation. Ainsi, pour Dahoun, l'espace thérapeutique est conçu comme une fonction d'entre-deux, comme un sas, qui permet une relation où une souffrance (liée à la rupture d'identité) :

- peut s'exprimer,
- peut être contenue,
- peut être transformée par la pensée et,
- peut, ainsi, être rendue tolérable (Bion).

Compte-tenu de l'interrelation entre espace psychique et milieu environnant, la mise en place d'un cadre d'accueil a pour objectif de créer des étagages groupaux dans un environnement externe suffisamment bon, dans des situations où la continuité interne n'est pas suffisamment consolidée. Sorte de suppléance externe à une structuration interne défailante dans ces contextes de rupture du lien social caractérisés par la transition d'un état à un autre. Les caractéristiques du dispositif pour ceux qui sont dans l'entre deux sont:

- Allier soins traditionnels et soins modernes ;
- Tenir compte de la double appartenance, grâce à une double écoute. Présence de deux thérapeutes, un européen et un de la culture et langue d'origine du patient ;
- Espace où se déroulent simultanément les processus intrapsychiques et interpersonnels ;
- Le vécu subjectif autour de l'accrochage à l'origine doit pouvoir se déployer dans un entre-deux, un espace de rêverie entre l'origine et le pays d'accueil ; laisser les illusions ;

<sup>13</sup> Dahoun Zerdalia, 1998, « L'entre-deux : une métaphore pour penser la différence culturelle », in Kaës R, *Différences culturelles et souffrances de l'identité*, Dunod, p210-242.

Pour Z. Dahoun, comme pour d'autres cliniciens français, la culture d'origine ne doit pas occuper tout l'espace thérapeutique, comme c'est le cas dans la pratique ethnopsychanalytique (Nathan). Le cadre doit juste permettre à la culture d'origine d'émerger. Ce serait devant le vacillement de sa propre identité professionnelle face à l'étrangeté de l'autre pourtant semblable, qu'il y a fascination de la culture comme radicalement autre.

### 3.1.5 Limites de l'approche « ethnicisante »

Attention donc, ces approches doivent être abordées avec nuances pour différentes raisons.

La migration n'est pas une maladie. La plupart des parcours migratoires se passent sans problème.

Pourquoi cibler une partie de la population qui fait appel à des services accessibles à tous ? Ne risque-t-on pas de stigmatiser davantage des personnes déjà exclues, au nom du respect de la différence ? Prendre en compte les croyances et les pratiques thérapeutiques de la culture d'origine du migrant ne doit pas nous faire négliger les conditions sociopolitiques de sa vie dans la société d'accueil. Les représentations de la maladie et de la souffrance ont une influence sur la santé mentale, mais la précarité, l'exclusion aussi. Il faut éviter d'attribuer à « la culture », les causes de difficultés d'adaptation ou de symptômes psychiatriques alors que ces causes sont tout simplement d'ordre social, économique et pratique, parfois liées à la survie. L'accentuation de la différence ne fait alors qu'augmenter la discrimination. Comme le souligne Didier Fassin, et bien d'autres, le problème de l'accès aux soins pour les migrants ne doit pas être traité de manière ethnicisante, sans quoi, on occulte une question de politique et de citoyenneté c'est-à-dire le problème de la discrimination, de l'exclusion et de la pauvreté en général. La question du respect de l'altérité ne doit pas gommer celle des inégalités. Il faut donc veiller à éviter de médicaliser des problèmes de nature sociale, ni pathologiser des problèmes pratiques de la vie quotidienne.

#### Appartenances multiples

Le profil du migrant a changé depuis une dizaine d'années. Migrer ce n'est plus une rupture radicale avec les origines. Beaucoup de migrants sont amenés à se déplacer, à faire les allers-retours entre le pays d'origine et le pays d'installation. Le maintien d'attaches dans plusieurs lieux est aussi facilité par la multiplication et l'efficacité des modes de communication. Avec la mondialisation des échanges et la technologie de communication (Internet, Skype, web Cam, ...) il y a pluralité des points de repères et des symboles. Todorov<sup>14</sup> a bien décrit ce phénomène. Dans la migration, les appartenances sont donc plurielles, l'identité est bricolée. La personne prend une distance par rapport à ses racines et à son histoire, mais la pratique montre qu'en temps de crise, la référence et le retour aux valeurs culturelles de la culture d'origine peuvent avoir un aspect structurant fondamental.

L'intervenant doit d'abord s'interroger sur ses propres croyances et sa propre représentation de la santé et de la maladie. La bio-médecine est aussi une croyance et n'a pas de prétention universaliste, sous couvert de scientificité. En tant que professionnels nous, sommes nous aussi porteurs de croyances, de normes et de valeurs que nous ne partageons pas forcément avec nos patients. Le tout est d'en être conscient, de reconnaître cette différence, de pouvoir en discuter avec le patient. Nous travaillons avec notre identité et nos valeurs conscientes ou inconscientes mais aussi avec le rôle et le mandat que nous donnent notre profession et l'institution qui nous emploie. Notre compétence en tant qu'expert dans notre domaine nous donne le mandat de soutien aux familles. Mais à ce titre nous pouvons être amenés à vouloir, par exemple, normaliser les pratiques des familles que nous jugerions inadéquates selon nos normes. Nous pourrions, par exemple, nous substituer aux parents dans l'éducation de leurs enfants.

14 Todorov Tzvetan, 2008, "La Peur des barbares", Odile Jacob



Notre mandat fait de nous des détenteurs d'un savoir certes, mais aussi d'un pouvoir sur la personne sous prétexte que celle-ci est en difficulté et vient demander de l'aide et serait donc incompétente. En aidant la personne, au nom de notre savoir ou de notre mandat, on risque de disqualifier le savoir de la personne, sa capacité de transmission de ce savoir, sa capacité éducative et on risque d'imposer, parfois malgré nous, nos valeurs, nos normes et règles de conduite, différentes de leur conception de la santé ou de la maladie et du traitement. Notre travail comporte donc une dimension politique aussi, dans le sens où, comme l'exprime Ellen Corin « *il s'agit de respecter le rythme des patients, leurs différences, leurs hésitations et leurs faux pas, de leur donner des mots qui les épaulent dans la recherche de leurs propres mots pour parler de ce qui est si difficile à exprimer dans le langage courant, de les aider à trouver une certaine position dans le champ social et culturel qui ne soit pas une position normative, prédéfinie par les valeurs communes.* »<sup>15</sup>

La « différence » d'avec l'autre ne doit pas être essentialisée. Nous sommes tous identiques. Attention de ne pas surévaluer la dimension de la culture autant que de ne pas la sous-évaluer car alors, ce serait faire violence en niant la singularité de ce chaque être humain vit et ressent. On risque de figer les gens dans des stéréotypes. Le langage de la biopsychiatrie est totalisant, comme le langage de la culture peut aussi l'être. Travailler dans l'interculturel, c'est accepter que les codes culturels ne sont pas homogènes, qu'ils sont multiples. C'est être attentif à la ligne de tension qui existe entre le discours dominant, normatif et la marge. Il faut être attentif à déplacer le centre, à être attentif aux fractures entre le collectif et le singulier, à soutenir des dynamiques d'individuation face à l'emprise du collectif. La problématique culturelle ne se réduit pas à une altérité radicale ; on est aussi semblable à l'autre. Pour Fethi Benslama, l'ethnopsychiatrie conduit à une ethnicisation de la singularité psychique, de telle sorte que l'inconscient d'un africain ne serait pas le même inconscient que celui d'un européen ou d'un américain. A l'inverse de Tobie Nathan, il suppose l'universalité de l'inconscient. La culture n'est pas un bain dans lequel se meut l'individu, comme un poisson dans l'eau. Pour F Benslama<sup>16</sup>, la clinique de l'exil n'est pas référée à la culture soit disant propre à tel ou tel individu. Dans sa pratique auprès de personnes venant « d'ailleurs », c'est le concept de lieu qui rend le mieux compte du processus d'humanisation pour tout un chacun. Le lieu est appréhendé dans une triple dimension : existentielle, métapsychologique et institutionnelle.

Pour être, il faut être quelque part. Dans l'exil, cette évidence n'est plus. L'exilé est ici et ailleurs. Etre enraciné, c'est être ici et là et sans nouvelles attaches. L'exilé est ici, sans être là. L'espace où l'on se trouve corporellement ne correspond pas toujours à l'espace où l'on se pense.

Du point de vue métapsychologique, l'universalité de l'inconscient, réside dans la notion de lieu psychique et dans le fait que l'Autre est constitutif du psychisme. Il n'y pas de sentiment de soi, sans sentiment d'étrangeté, du fait de la caractéristique spéculaire de la relation du moi à l'autre comme l'ont montré, Wallon, Lacan et Winnicott. Pour Freud, l'investigation psychanalytique est à la fois une psychologie individuelle et une psychologie collective du fait que dès la naissance du psychisme, l'autre est présent dans l'individu. Le rapport de l'enfant au monde se fonde sur un processus de différenciation moi et non-moi, mais ce processus n'est jamais achevé. Culture et individu ne font qu'un. Soigner un exilé, pour Benslama, c'est moins se pencher sur sa culture d'origine, comme si celle-ci était extérieure à lui, mais c'est se pencher sur l'autre qui est en lui (et l'étrange qui est en nous, soignant), c'est soutenir ce processus de différenciation en reconnaissant l'identité (similitude).

Enfin, tout sujet est institué socialement. Il n'y pas de sujet sans lien social institué, quelque chose qui fait qu'il y a communauté des hommes : la filiation, le sexe et le nom font que le sujet s'inscrit dans une place unique. Notre existence est indiquée par cette place socialement instituée. De telle sorte que le lieu où l'on existe ne dépend pas de nous. La clinique de l'exil est d'abord une clinique de la filiation et de la transmission transgénérationnelle.

15 Ellen Corin «Une passion pour la variété des langages» ; Entretien avec E Corin ; Revue l'autre ; <http://www.clinique-transculturelle.org/AIEPen-tretien.html>

16 Benslama Fethi, (1997), Les transfuges, in Fafia Djardem (ss dir), Quelle identité dans l'exil ? Origine, Exil, Rupture, L'Harmattan, 21-35

La pratique avec des personnes déplacées amène Benslama à penser l'exil comme une obsession du lieu. En regard de la généalogie, toute construction d'identité comporte une zone d'inconnue et d'impossible. Le rôle du clinicien n'est pas de renvoyer le sujet exilé à son « identité culturelle d'origine », mais de protéger le rapport du sujet à cette part d'inconnu où l'identité se construit sans fin comme un processus. C'est parce qu'une part de notre identité reste irrésolue que nous pouvons aller à la rencontre de l'autre dans sa similarité et dans sa différence. Dans un récent ouvrage<sup>17</sup>, Tobie Nathan répond aux critiques dont son approche fait l'objet.

## Conclusion

Dans la rencontre avec le migrant, mais aussi « l'exclu », il y a une multiplicité de voix. La différence culturelle introduit une étrangeté et une polyphonie qui elle-même réactualise l'étrangeté en chacun de nous. La rencontre se déroule sur un fil tendu entre deux pôles :

- celui d'une appartenance forte à une communauté, une ethnie, une langue;
- et celui de l'absence d'appartenance ou une appartenance fragmentée.

Pour pouvoir entrer en résonance avec l'autre dans sa différence, nous devons être à l'écoute de notre polyphonie intérieure. Comme le souligne M. R Moro, être soi-même migrant n'est pas une condition pour faire de la psychiatrie transculturelle. Ce qui importe pour le clinicien c'est de faire l'expérience du décentrage et de se familiariser avec d'autres systèmes culturels que le sien. Pour s'approprier un monde qui est le sien, différent de celui de ses parents et différent de celui du pays où il est pourtant né, un enfant de migrant, un adolescent, doit pouvoir se représenter ce monde et avoir une action dessus. L'enfant de migrant doit composer avec des appartenances multiples, sans gommer son inscription verticale. Pour Marie-Rose Moro<sup>18</sup>, l'effacement de l'identité, de l'histoire du migrant, de son passé, ne doit pas être le prix de l'intégration trop souvent synonyme d'acculturation. L'enfant de migrant, court le risque de n'être fils de personne, si le métissage n'est pas réussi. L'enjeu de la migration c'est le métissage, c'est-à-dire être ici en s'appuyant sur un là-bas. Trop souvent au nom de l'intégration, les différences sont gommées, par chacun. L'identité est un processus qui suppose des tensions contradictoires entre des pôles structurants; l'identité est une construction dynamique et à renouveler constamment dans la relation à l'autre. On admet que pour construire sa propre identité, il y a nécessairement besoin de reconnaître celle de l'autre. Or, cette reconnaissance présuppose la notion d'altérité. Lorsqu'on prend la peine d'entendre le récit des parents migrants qui racontent leurs parcours d'exil, leurs difficultés dans l'éducation de leurs enfants, on se rend compte, dit Moro, que dans le processus d'humanisation, ce qui caractérise l'autre, ce n'est pas sa différence, mais « sa singularité et le lien qui le relie à l'autre ». L'altérité, c'est la reliance : ainsi, la violence des jeunes des banlieues en France, en tant que lutte pour la reconnaissance est d'abord une recherche de partage de sens. Les réponses de type sécuritaire ne sont pas une solution. Construire son identité, on l'a vu, c'est d'abord pouvoir transmettre. Enraciner, c'est transmettre, raconter afin de pouvoir, dans sa singularité, se situer dans ce double axe de filiation et d'affiliation, sans gommer l'axe vertical.

<sup>17</sup> Nathan T., (2001), *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Éd. Les empêcheurs de penser en rond, Le Seuil

<sup>18</sup> Moro M.R., (2002), *De la différence aux métiers de vivre*, in Touati A (ss dir), *Différences dans la civilisation*, actes du colloque de « cultures en mouvement », 4-7 juillet, Cannes 2001, Ed. Desclée de Brouwer

# A retenir lorsqu'on ne partage pas la même culture

- Depuis combien de temps la personne est-elle en Belgique?
- Quel est son pays d'origine?
- Quelle est sa langue maternelle?
- La personne parle-t-elle le français?
- A-t-elle de la famille ou des connaissances en Belgique?
- Le patient serait-il plus à l'aise avec un professionnel du même sexe ?
- Si possible travailler avec un interprète de confiance. L'interprète- médiateur est d'abord un « passeur de mondes».
- Garder à l'esprit que vous vous adressez à une personne d'une autre culture qui, pour cette raison, peut interpréter des événements et des sentiments d'une autre manière ;
- Tenir compte des croyances du patient pour formuler la cause du problème ;
- Toujours demander : comment, chez vous, ce que vous vivez comme souffrance aurait été traité ; Qu'auriez-vous fait dans votre pays ? Qui seriez-vous allé consulter ?
- Tenir compte du rôle de la famille dans la décision de prise en charge ;
- Prendre en compte le support que le patient peut ou non trouver dans sa communauté d'origine qui pourrait contribuer à la solution (religion, amis, personnes de référence dans la communauté) ;
- Le patient comprend-il bien le sens du diagnostic et du traitement ?
- Le patient utilise-t-il des traitements alternatifs?
- Essayer de donner aux entretiens un cadre apaisant ;
- Créer un lien : essayer d'être à la distance adéquate entre « se mettre à la place de » et la distance froide ;
- Devant des comportements apparemment singuliers ou incompréhensibles, ne pas d'emblée interpréter ceux-ci en les attribuant à la différence culturelle ;
- Se demander comment, si nous vivions dans les mêmes conditions que la personne, nous réagirions ;
- Un comportement, une attitude incompréhensible à nos yeux, peuvent être dus à des problèmes juridiques, sociaux ou pratiques de la vie quotidienne, et non liés à la différence culturelle. Identifiez les besoins des personnes ;
- Trouver des similitudes entre soi et l'autre pour diminuer l'étrangeté et éviter que la personne ne se sente encore davantage exclue ;
- Essayer de vous appuyer sur les compétences des personnes. La reformulation affirmative ouvre le champ des possibles ;
- Être au clair avec ses propres référents culturels et éventuelles appartenances multiples. Aider la personne à concilier la double appartenance si elle se sent entre deux chaises inconciliables en apparence.

## Pour en savoir plus

Ces sites proposent une abondante documentation, en ligne :  
ITECO : Manières de faire face à la maladie ici et ailleurs :  
<http://www.iteco.be/-Manieres-de-faire-face-a-la->

Association Géza Róheim : <http://assoc.wanadoo.fr/geza.roheim/>

Carnet/psy : Dossier ethnopsychanalyse, Marie-Rose Moro :  
<http://www.carnetpsy.com/Archives/Dossiers/Items/Ethnopsychanalyse/index.htm>

Revue L'autre : cliniques, cultures, et sociétés,  
Revue transculturelle dirigée par Marie Rose Moro,  
<http://monsite.wanadoo.fr/l.autre/>

L'Association MINKOWSKA pour la santé mentale des migrants  
<http://www.minkowska.com/databank.php3>

Centre Goerges Devereux  
<http://www.ethnopsychiatrie.net/>

Revue Pluriels 31-32. Mai-juin 2002.  
Sensibilité culturelles et ethnique en santé mentale  
<http://www.mnasm.com/notrerevue.htm>

Medical Foundation for the Care of Victims of Torture (UK)  
Documentation en ligne: Refugee issues : <http://www.torturecare.org.uk/clinbib3.htm>

Pharos (Pays –Bas)  
<http://www.pharos.nl/>

## Juliana

Juliana, 30 ans, est d'origine albanaise du Kosovo. Nous la recevons avec une interprète albanaise. Elle a été mariée deux fois et séparée deux fois. Elle vit seule avec ses deux enfants, nés du premier mariage. Son 2<sup>e</sup> mari est français d'origine, séjournant 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 au divorce de son 2<sup>e</sup> mari. Récemment, elle a subi une IVG. Elle nous rapporte ce rêve après que nous lui avons 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. Par contre, ce rêve lui rappelle sa situation de précarité où, élevant seule ses enfants, et travaillant parfois en soirée, il lui est arrivé de laisser seuls ses deux enfants à la maison, lorsque le père ne pouvait les prendre en charge. 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 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 des ses parents, de ses frères, bref de toute sa famille. Elle est partie de chez ses parents 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.

## 3.1.6 Travailler avec interprètes

### Concrètement<sup>19</sup>

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 (un Centre Régional d'Intégration- CRIPEL, CRVI, CAI, CERAIC, CRIBW ou à une structure associative (Miroir Vagabond). Aujourd'hui, les Sétis 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 différentes. Les équipes sont dispatchées dans les différentes provinces.

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 : l'interprétariat oral et traduction écrite en déplacement, par écrit ou par téléphone.

### La pratique clinique avec interprète

Les chiffres des prestations des services d'interprétariat social montrent que plus de la moitié des interventions des interprètes se font dans le domaine de la santé mentale. Par ailleurs, beaucoup de professionnels de la santé mentale hésitent encore à faire appel à un interprète. Il existe une spécificité, à la fois, du travail d'interprète intervenant dans le domaine de la santé mentale et du travail thérapeutique à l'aide d'interprète. Pour les « psys », l'introduction d'un tiers modifie profondément la relation thérapeutique, d'ordinaire duale entre médecin et patient.

L'organisation de l'interprétariat social a connu d'indéniables progrès ces dernières années et se professionnalise progressivement (financement, offre, formation de base et continue, profil du métier, reconnaissance, déontologie, ...), mais il a été conçu par ses promoteurs, de manière globale, pour des interventions dans différents cadres institutionnels: social, juridique, scolaire, médical, ... Le modèle de référence pour l'interprétariat social s'inspire du modèle de l'interprétariat en général, style conférence, colloque. La déontologie de l'interprète s'appuie sur les grands principes suivants :

- restitution objective, intégrale et fidèle,
- la neutralité,
- l'impartialité.

Le modèle de l'interprétariat littéral et de neutralité garde toute sa valeur, mais dans le cadre de l'intervention en santé mentale ce modèle se heurte à certaines limites. D'autant plus lorsqu'il s'agit de thérapie avec interprètes auprès de demandeurs d'asile victimes de violence organisée ou gravement traumatisés. D'autant lorsqu'il s'agit de suivis thérapeutiques de longue durée ou lorsque thérapeute et interprète se connaissent depuis longtemps et travaillent régulièrement ensemble. Le travail thérapeutique avec le public des réfugiés est très spécifique, et implique un rôle particulier pour l'interprète, différent de celui qu'il a lorsqu'il intervient ponctuellement chez l'avocat ou le travailleur social.

<sup>19</sup> Nous reproduisons ici le texte rédigé par l'équipe du « 9 miroir » à Marche et paru dans la revue de l'IWSM « Confluences », N° 21, février 2009, consacré au thème « Exils et appartenances ».

En deçà de la dimension de communication, la possibilité pour le patient de recourir à sa langue maternelle constitue avant tout un signe de reconnaissance de son histoire, qui a débuté avant sa présence dans la société d'accueil. C'est la première condition pour instaurer une relation de confiance. Ensuite, sans implication et sans être touché, aucun travail thérapeutique n'est possible. Le professionnalisme du thérapeute et de l'interprète dans une co-intervention commence lorsqu'est travaillée la nature du lien thérapeutique : en réunion d'équipe ou lors d'un débriefing, l'un et l'autre prennent le temps de recadrer la manière dont, précisément, ils ont chacun été « touchés » et impliqués. Ceci est d'autant plus important lorsque l'interprète, issu du même pays d'origine que le patient, a lui-même été confronté à la violence, la persécution, la pauvreté ou la discrimination. Ni trop proche, ni trop distant. Tout sauf neutre. Dans les suivis de longue durée, lorsque la confiance est installée, il arrive que ce soit à l'interprète que se confie le patient. L'interprète est alors malgré lui, mis en première ligne, en position d'écouter et le thérapeute en position de « back up » auprès de son collègue interprète.

Enfin, la dimension de passeur culturel est primordiale. L'appartenance ou la manière dont est vécue la double appartenance détermine la nature de la rencontre. Il n'y a pas de profil type de l'interprète, standard pour toute situation. Ce qui se passe dans un cadre de soin entre thérapeute, interprète et patient est toujours le fruit d'une rencontre humaine où le hasard a sa place et dans laquelle interviennent de multiples dimensions : le genre, la sensibilité personnelle de chacun, son histoire, sa formation de base, ses croyances et référents, ses appartenances.

L'altérité culturelle du patient, du thérapeute et de l'interprète ne sont pas des obstacles à la communication, mais, au contraire, sont des données acceptées et intégrées dans la thérapie parce qu'elles sont nommées et travaillées. Comme le souligne Yves Lecompte et collaborateurs<sup>20</sup>, ainsi que Jean Claude Métraux, la traduction littérale, telle un ordinateur, est impossible. « *Une langue n'est pas seulement un mode de communication. C'est un ensemble de représentations, de symboles, de rituels. Le discours contient des valeurs traditionnelles, des notions de temps et d'espace, des systèmes de compréhension et d'interprétation du monde. Il articule l'expérience sensible et renferme tous les éléments culturels qui permettent de construire un sens.* ». Les mots ont souvent plusieurs sens. Les langues ne sont pas des nomenclatures ou des répertoires de mots qui correspondent strictement entre eux. Au contraire, chaque langue organise l'expérience de manière particulière. Selon la culture, les mots utilisés ne désignent pas forcément la même chose. Certains mots sont intraduisibles. L'interprète est invité par le thérapeute à demander au patient de préciser le sens d'une expression ou alors, le thérapeute demande à l'interprète de décrire dans quels contextes et circonstances tel mot se dit dans la société du patient. Souvent lors de l'entretien clinique, un échange s'instaure à propos de la langue, de l'inexistence d'un mot signifiant la même chose dans la langue du patient, de la signification de tel proverbe, ... Cette discussion fait partie du cadre thérapeutique parce qu'elle entraîne l'évocation de souvenirs, d'associations d'idées, d'élaborations. Il est d'ailleurs préférable que dans le « setting » l'interprète se place à côté du patient, de manière à ce que celui-ci s'adresse directement au thérapeute et non à l'interprète. Le thérapeute lui s'adresse toujours au patient et non à l'interprète.

Pour Jean-Claude Métraux, la fonction de médiateur-interprète est une médiation communautaire, dans la mesure où l'interprète fait des liens entre clinique de l'individu, la société d'accueil et les ressources communautaires. Selon lui, les éléments qui influencent un travail de médiation, sont : le langage non verbal, les « appartenances » plurielles des patients, mais aussi le contexte juridique et politique du pays d'accueil, les règles et les normes sociales en vigueur, les modèles spécifiques d'interaction, la terminologie médicale, ainsi que le « setting » thérapeutique, lui-même. Tous ces éléments peuvent et doivent être questionnés durant la prise en charge, et devraient constituer des bases de la formation des interprètes-médiateurs.

20 Lecomte Y, Jama S, Legault G, « Présentation : L'ethnopsychiatrie », Santé mentale au Québec, vol. 31, n° 2, 2006, p. 7-27, <http://www.erudit.org/revue/smq/2006/v31/n2/014800ar.pdf>

La traduction matérialise ainsi, comme évoqué ci dessus, un espace intermédiaire entre les deux cultures. En position médiane entre la culture d'origine et la société d'accueil, l'interprète explique au patient les éléments culturels de la société d'accueil, mais aussi le fonctionnement des administrations, la mentalité et, inversement, l'interprète explique au thérapeute les mentalités dans le pays d'origine du patient. Cette zone commune entre patient et thérapeute qui n'est ni la société d'origine ni le pays d'accueil « *est un contenant qui constitue un espace en dehors de ce qui fait conflit, un lieu où peut être déposé et travaillé le désordre qui amène le patient. Parce que l'espace unit tout le monde, qu'il est un pont, une interface entre deux cultures, il permet d'élaborer sur ce qui se heurte dans le conflit, du point de vue de l'appartenance du patient et de celui de son histoire personnelle* »<sup>21</sup>.

## En pratique

La demande d'intervention s'effectue directement auprès de l'antenne du Setis de la province où le service faisant appel est actif. La liste des antennes est disponible sur le site [www.cofetis.be](http://www.cofetis.be) ou au siège du Setis wallon, place Xavier Neujean 19b à 4000 LIEGE (Tél. 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.

Les prestations sont facturées 7 €/heure + frais de déplacement au barème de la Région wallonne. Les traductions écrites sont facturées 10 € la page.

## A retenir lorsqu'on ne partage pas la même langue

- Eviter de demander à l'enfant d'interpréter pour ses parents, en matière sociale, psychologique ou médicale.
- Etre prudent sur les sujets abordés lorsque l'interprète est un membre de la famille ou un aidant naturel.
- Collaborer avec des interprètes formés et expérimentés dans la mesure du possible et ne pas oublier qu'ils font partie de la consultation ; en tenant compte que leur formation initiale est différente et respecter leur contribution.
- Il y a parfois méfiance entre ressortissants d'un même pays.
- Prendre quelques minutes avec le médiateur-interprète avant l'entrevue afin de clarifier les objectifs, ainsi qu'après, pour passer en revue la rencontre.
- Essayer de travailler avec le même interprète-médiateur lors de toutes les rencontres avec la personne ou la famille ; tout en tenant compte de la compatibilité du point de vue âge, sexe et appartenance religieuse entre le patient et l'interprète et l'intervenant.
- Prévoir une durée de séance plus longue que d'habitude lorsqu'on travaille avec un interprète-médiateur ;
- Eviter d'utiliser des expressions et un langage trop technique ou savant ; se rappeler que les mots ne sont pas toujours traduisibles d'une langue à une autre ;
- Toujours s'adresser directement au patient en tant que sujet et non à l'interprète, afin d'éviter que le patient ne se sente l'objet d'une discussion

21 *Lecompte Y et coll.*

## 3.2. Clinique du trauma, trauma collectif et deuil

### 3.2.1. Clinique du trauma

On parle d'état de stress post traumatique (PTSD) pour les personnes ayant vécu la guerre ou une catastrophe naturelle, un attentat, .... L'événement traumatique provoque un effroi. Le traumatisme est provoqué par l'irruption brutale de la mort à travers la paroi de protection de l'appareil psychique, provoquant l'effroi chez le sujet. Effroi qui gèle l'activité psychique. Le trauma se définit par une expérience, impossible à intégrer, qui se répète encore et encore. Rappelons quelques signes caractéristiques du trauma, important à avoir en tête pour établir un diagnostic et pour référer vers un psychiatre ou psychologue, ainsi que pour éventuellement établir un rapport dans le cadre de la procédure d'asile<sup>22</sup>.

- Réviviscences hallucinatoires,
- Cauchemars de répétition,
- Vécu « comme si »; crises émotives,
- Flash-back,
- Troubles de la mémoire et de concentration,
- Troubles du sommeil,
- Repli; retrait social; altération du fonctionnement social,
- Évitement,
- Sursaut; aux aguets; hypervigilance,
- Stupeur, sidération,
- Impression de détachement du monde; émoussement de la réactivité générale
- Troubles du comportement; alcool; accès de colère,
- Irritabilité,
- Sentiment d'être menacé, ....

Il y a trauma lorsque la personne présente plusieurs de ces signes. Selon Baubet, Summerfield et J-CI Métraux<sup>23</sup>, le concept « d'état de stress post traumatique » n'est pourtant pas adapté aux demandeurs d'asile qui ont été exposés à des souffrances traumatiques dramatiques et extrêmes. Pourquoi ? Pour différentes raisons :

- la gravité des traumas subis,
- sous tendus par une cruauté extrême,
- par leur caractère inter-humain et intentionnel,
- leur dimension collective dans un contexte de violence organisée,
- ce sont des traumas répétés,
- accompagnés de deuils multiples.

Dans ces situations, l'humanité même du sujet et de la collectivité sont touchés :

- les liens sont rompus,
- la Loi est attaquée,
- l'ordre symbolique est bouleversé,
- les tabous fondamentaux brisés.

<sup>22</sup> Crocq Louis, 1999, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Odile Jacob

<sup>23</sup> Métraux J-CI, Hauswirth M, Burckardt T, *Traumatismes chez les requérants d'asile : l'expérience d'Appartenances*.



Ces événements touchent les individus, leur famille, leur groupe social, l'humanité. La torture équivaut à un processus de déshumanisation intentionnelle. Les conséquences des humiliations et les souffrances infligées délibérément sont, entre autres, la douleur, la peur, la honte, la culpabilité et le silence. Le traumatisme se définit comme la répétition inoubliable de la scène, comme un impensable, un incroyable et un indicible. Parler, c'est ré-évoquer les sévices que la personne s'efforce d'oublier. Dans les traumatismes extrêmes, le sujet ne se sent plus appartenir à la communauté des humains. L'identité en tant qu'être humain est détruite et est devenue impensable. Sans prise en charge adéquate, les séquelles psychologiques telles que mutisme, troubles de la pensée et troubles de la mémoire sont extrêmement durables<sup>24</sup>. Pour la personne traumatisée ne pas être crue au CGRA redouble la violence subie.

Les caractéristiques du trauma extrême sont<sup>25</sup> :

- douleur extrême, souvent de douleur physique, qui génère un sentiment d'impuissance et de détresse ;
- déshumanisation ; absence de sens ;
- terreur et effroi désorganiseurs, sans nom ;
- perte de notion de temps ;
- irréprésentable, silence des mots ;
- désespoir absolu, perte de la dignité humaine, avec un sentiment de solitude inexorable ;
- au-delà de la honte, l'extrême provoque une mort sociale, une désocialisation ;
- celui ou celle qui est blessé devient quelqu'un qui n'a plus rien à perdre, qui est hors la loi humaine, et qui pour survivre peut devenir indifférent à l'autre ou être amené à adopter une position antisociale.

Les situations extrêmes ont différentes conséquences :

- la mort,
- la mort prématurée,
- mort suite à des maladies somatiques,
- suicide,
- mort de mélancolie.

Même si la personne survit physiquement, il peut y avoir mort psychique et mort sociale. Pour les rescapés de ces situations extrêmes, survivre psychiquement implique de mettre en œuvre des stratégies. René Roussillon<sup>26</sup> a tenté d'explorer les stratégies que les sujets ont tenté de déployer pour survivre à l'extrême. Il décrit quelles défenses ils ont mises en place. Quand la situation extrême a cessé, il faut alors traiter les traces internes laissées par les défenses extrêmes mises en œuvre. Ces défenses continuent à agir même après la fin du danger. Les traces de l'expérience d'agonie ont tendance à être réactivées sans cesse, hallucinées même, de manière automatique. Ce qui a cessé au dehors revient de l'intérieur. Quelles que soient, précise René Roussillon, les causes de ces situations extrêmes, politiques, collectives, sociales, les mécanismes psychiques grâce auxquels les sujets parviennent ou non à métaboliser le traumatisme ont tous quelque chose de commun :

- le sujet se retire de lui-même, il se retire de son expérience subjective, se coupe de lui-même. Le sujet se clive. Devant l'impossibilité de fuite motrice, le sujet tente une fuite interne, intrapsychique. Roussillon parle de désertification interne.
- le sujet se replace sans cesse dans une situation analogue à la situation extrême, afin de développer et d'affiner des techniques de survie et d'aménagement. Ceci équivaut à une tentative pour élaborer le trauma, du moins, essayer de maîtriser la situation, rétroactivement.

24 Hélène Jaffé, « Médecine et torture : problème du secret médical », Avre, juin 2002.

[http://www.avre.org/article.php3?id\\_article=5&titre=Medecine-et-torture-probleme-du](http://www.avre.org/article.php3?id_article=5&titre=Medecine-et-torture-probleme-du)

25 René Roussillon, « Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique », in J Furtos, Ch Lachal, *La santé mentale en actes, De la clinique au politique*, Eres, 2005, p 221-238

26 René Roussillon, *idem*

- Lorsque les premières traces de la situation extrême font retour, la première défense consiste en une tentative de neutralisation de ces traces du passé :
  - Par l'évitement de tout ce qui peut rappeler le passé, évitement qui peut aller jusqu'à une phobie qui s'étend à tous les pans de la vie ;
  - Par une neutralisation énergétique et affective. Il y a pétrification du monde interne, déshydratation affective intrapsychique, qui peut aller jusqu'à l'anorexie psychique ; il y a gel affectif, comme si une barrière protégeait le psychisme du monde extérieur.
  - Cette neutralisation s'accompagne d'un désengagement de la vie relationnelle et d'une perte d'empathie pour l'autre et de compassion pour soi. Les sujets s'organisent en marge du socius ; il n'y a plus de partage d'affect avec les autres.
  - Dans ce désert affectif et relationnel, le registre de l'acte et de l'action sur l'autre prend la place du partage : « *Le sujet fait vivre à l'autre, par des mises en acte, ce qu'il ne peut se laisser vivre ou revivre* » ; et ce, y compris dans la relation thérapeutique.
  
- Gel du déroulement du temps, suspension du temps.

### La Psychologie géopolitique clinique.

L'accompagnement des réfugiés, sans-papiers et des personnes souffrant de traumatismes s'inscrit dans une discipline récente, appelée psychologie géopolitique clinique. Il s'agit d'une discipline développée par Françoise Sironi<sup>27</sup>, née de la psychologie des violences politiques. Lorsqu'on travaille avec des rescapés, des victimes de guerre, on n'est pas que dans le médical, on est dans le politique. Réduire la personne à un symptôme ou appliquer une théorie pré-établie constitue une violence. La psychologie géopolitique clinique se focalise :

- d'une part sur la dimension politique du psychologique,
- et d'autre part sur la production de forces politiques par l'action psychologique.

Son mode d'intervention privilégié, c'est la recherche-action. Le premier objet de la psychologie géopolitique clinique porte sur la violence politique : c'est l'impact individuel et collectif de la violence qu'exercent un système, un état ou des acteurs dominants suffisamment puissants pour interdire aux dominés de penser la domination. Le deuxième objet de la psychologie géopolitique clinique porte sur l'approche clinique, sur la spécificité des mécanismes thérapeutiques et sur la théorisation de l'articulation, en chacun de nous, entre histoire collective et histoire singulière. Quel est son impact normal ou pathologique ? Comment agissent les faits historiques, politiques et sociaux, sur la psychologie des individus et sur l'élaboration des savoirs ? Cet ensemble de questionnement ne relève pas de la sociologie, il est clinique car il part des gens, des populations, de leurs problématiques.

La psychologie géopolitique clinique se penche sur, et dénonce les modes d'action et l'impact sur la psychologie des individus, des faits politiques et sociaux contemporains : trauma intentionnel, migrations, ... Les symptômes individuels sont lus comme étant l'expression de problématiques culturelles ou sociales émergentes, aux frontières d'univers, aux frontières de disciplines. « *Un monde nouveau est incontestablement en train de se construire. La circulation généralisée des humains, des cultures et des idées, tout comme les avancées technologiques et la mondialisation économique sont à l'origine de «nouvelles» problématiques cliniques : traumatismes liés aux violences politiques (conflits ethniques, religieux, ...), troubles de l'identité et dépressions existentielles liées au contexte économique (impact psychologique du consumérisme à long terme, impact psychologique de la fin de la valeur centrale du travail dans les sociétés occidentales, diverses populations de «laissés pour compte», ...).*

<sup>27</sup> Sironi Françoise, *Essai de psychologie géopolitique clinique, Colloque d'ethnopsychiatrie « la psychothérapie à l'épreuve de ses usagers », 12 et 13 oct 2006, Paris, site centre G Devereux*

*Il y a aussi l'émergence de psychopathologies qui ne cadrent plus avec les entités nosographiques habituelles : les métissages culturels, les métamorphoses identitaires contemporaines, l'émergence sociale d'identités transgenres et transsexuelles, ... ».*

C'est sur tous ces phénomènes où l'individuel et le collectif sont liés que se penche la psychologie géopolitique clinique.

### Quels dispositifs ?

Comment aider une personne qui a survécu à la menace d'annihilation à intégrer psychiquement son vécu extrême? Accompagner les personnes victimes de traumatismes extrêmes suppose de mettre en place un dispositif pouvant accueillir et contenir des souffrances multiples et complexes :

- Le besoin fondamental est d'abord un besoin de reconnaissance et de sécurité.
- Ensuite, comme le soulignent nos collègues du Centre Primo Levi, il faut aussi une équipe pluridisciplinaire. Les soins et l'accompagnement adaptés aux personnes victimes de violences sciemment infligées ne peuvent relever d'une seule profession : il faut des interprètes formés, des médecins, des psychologues cliniciens, des kinésithérapeutes, des travailleurs sociaux et des juristes. Cette synergie entre les différents domaines de compétences répond aussi aux besoins des professionnels qui se consacrent à l'aide des survivants de la torture. C'est le travail en équipe (ou en réseau) qui permet de « tenir » et de ne pas se laisser déborder émotionnellement, professionnellement et humainement, face aux horreurs. Travailler en équipe permet de consacrer un temps conséquent aux patients et d'inscrire les soins médicaux, le soutien psychologique, l'accompagnement social et juridique dans la durée.
- Selon René Roussillon<sup>28</sup>, le soin des cliniques et pathologies de la survivance repose sur un processus de symbolisation qui lui-même passe par plusieurs voies simultanées:
  - ◆ Le partage d'affect et l'échange d'objet, le don d'objet, le partage d'objet ;
  - ◆ Le témoignage de solidarité humaine ;
  - ◆ Le langage et les mots ;

Pour pouvoir métaboliser l'expérience extrême, c'est-à-dire revenir dans la communauté des humains, le sujet doit passer par un autre humain. Pour Roussillon, le secret de la résilience, c'est cette rencontre avec un autre qui a pu accompagner la personne dans l'exploration de ce qui le hante, qui a pu reconnaître l'innommable, qui a pu éprouver l'insupportable. Le sujet confronté à l'extrême doit ainsi pouvoir avoir un témoin de son état interne. Dans tout processus de symbolisation, il y a un tiers. La fonction tierce est plurielle : le psy, mais aussi la justice, le groupe de parole, tel que celui mis en place par l'asbl « Mpire », d'aide aux rescapés du génocide rwandais...

• Selon Françoise Sironi :

- Il faut reconnaître le traumatisme intentionnel,
- Les symptômes ne sont pas le résultat de telle ou telle personnalité pathologique, ils sont causés par la guerre,
- Le psychologique est articulé au politique,
- Le patient n'est pas mis en position de malade ou de victime souffrant, mais est mis en position d'expert ; on encourage le patient à devenir acteur dans la société,

<sup>28</sup> René Roussillon, « Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique », in J Furtos, Ch Lachal, *La santé mentale en actes, De la clinique au politique*, Eres, 2005, p 221-238

- Après des rescapés de guerre, l'approche individuelle ne suffit pas ; il faut une sociothérapie : messes commémoratives, voyages thérapeutiques sur les lieux de mémoire, construction de monuments aux morts,....
- Dans tous les cas, il est essentiel de comprendre le sens des symptômes en les resituant dans le contexte de l'histoire du migrant et de sa communauté. Il faut toujours articuler l'histoire singulière à l'histoire collective. Lorsque les personnes viennent de régions de conflits et de guerre, il y a toujours des morts qui rôdent. Il faut pouvoir interroger et présenter les disparus en s'intéressant à la situation géopolitique du pays d'origine, sans faire un interrogatoire du type audition au Commissariat aux Réfugiés (CGRA) et en respectant la temporalité de la personne. Malheureusement, la temporalité de l'examen de la demande d'asile vient précipiter le temps du trauma et réveiller celui-ci, ce qui induit parfois le silence durant l'entretien.
- Dans les réponses à apporter à la souffrance due à la violence organisée, une approche possible, selon Cécile Rousseau, est celle qui se base sur une articulation entre l'espace thérapeutique et l'espace sociopolitique. Une telle approche a été développée en Amérique Latine, à l'époque des dictatures où les agresseurs et les victimes peuvent être relativement clairement identifiés. L'idée est que *« la force mobilisée par la souffrance due au traumatisme peut s'exprimer et devenir signifiante dans l'action politique : le témoignage devient un processus thérapeutique, puisqu'il devient instrument de lutte et de protestation contre l'agresseur, en même temps qu'il est un geste de reconnaissance de la blessure et constitue, par là même, une rupture du silence imposé par la répression »*. L'intervention favorisée par ce courant se situe entre une compréhension sociale et politique et une saisie psychodynamique qui s'intéresse plus au monde interne de la personne. Tous les migrants ne se reconnaissent cependant pas dans une interprétation politique de leurs expériences. Ce modèle ne s'applique pas aux conflits qui s'éternisent et où il y a internalisation de la violence jusqu'au non-sens.

## Pour en savoir plus

Association Primo Levi : <http://www.primolevi.asso.fr/>

Association pour les Victimes de la répression en exil, AVRE : <http://www.avre.org/>

Centre Minkowska : <http://www.minkowska.com/>

Centre G Devereux : <http://www.ethnopsychiatrie.net/>

Medical Foundation for the Care of Victims of Torture (UK): <http://www.torturecare.org.uk/>

Pharos (Pays –Bas) : <http://www.pharos.nl/>

## Deuil compliqué ou deuil mélancolique

Nous présentons la situation d'une femme kurde de Turquie suivie pendant trois ans avec une collègue interprète Arménienne de Turquie qui parle le kurde (Kurmanji). Tout au long, le travail s'est fait avec la même interprète ce qui a contribué à créer un climat de confiance.

La patiente est une femme kurde, illettrée, de 51 ans, mère de six enfants, complètement mutique depuis plusieurs années, suite à la disparition de son mari et de deux de ses fils. Il n'y a pas eu rituels funéraires, puisque la mort n'est pas certaine. Un certain mystère entoure ces disparitions, car toute question d'exploration de type anamnèse, ou même évoquer des moments heureux du passé se heurte à un mur de silence. Ont disparu, un fils qui aurait 21 ans aujourd'hui, et le fils aîné qui aurait 25 ans aujourd'hui. Il y a donc encore quatre enfants. M, 23 ans, un garçon de 18 ans en 4<sup>e</sup> mécanique (né en 86), une sœur de 14 ans (née en 91) et un garçon de 13 ans (né en 93).

L'aînée des filles, âgée de 23 ans, est devenue malgré elle chef de famille. Elle éduque les plus jeunes et surtout se dévoue jour et nuit à sa mère, complètement invalide.

Ils sont arrivés en Belgique en août 2002. Nous recevons la maman, depuis septembre 2002, accompagnée de sa fille. Depuis que la famille vit à Liège, Madame est suivie sur le plan médicamenteux et psychiatrique par notre collègue, le Dr T du service S à Liège. Un soutien psychologique et social est également mis en place pour la fille avec G, une des psychologues du service S. Nous pensions qu'il était important pour la jeune femme d'avoir un espace pour elle. Elle a commencé à suivre des cours de français pendant que le frère aîné s'occupe un peu de sa maman. Des contacts ont été pris avec l'association culturelle kurde à Liège où elles vont rarement. La question de la méfiance intracommunautaire se pose parfois. La famille se prive d'un soutien qui nous paraît, à nous, précieux.

La fille a souhaité continuer à venir aux consultations à Namur, avec sa mère. Au début nous les recevions tous les 15 jours, mais ensuite nous les rencontrons une fois par mois. Elles n'ont jamais manqué un rendez-vous. Une seule fois elle viendra avec sa petite sœur. Il s'agit d'une famille à l'apparence traditionnelle. Toutes les deux sont voilées.

### Symptomatologie

Lorsque nous allons les chercher dans la salle d'attente, la maman dort couchée sur les banquettes. Madame présente un état de deuil dont le processus normal est entravé par les disparitions et par les circonstances exceptionnelles qu'elle et ses enfants vivent depuis des années. La mort, ou la disparition, de ses fils et de son mari ne peut être intégrée. Il n'y a, semble-t-il, pas de pathologie avant ces événements. Dans le doute, aucun processus de deuil ne peut être entamé, les rituels de deuil n'ayant pas été accomplis. Cet état entraîne l'incapacité de penser, de parler, entraîne un vide, des pensées et des idées suicidaires. Madame est dans un état de prostration et de mutisme, comme quelqu'un qui n'est plus dans le monde des vivants, ce qui rend toute communication avec son entourage quasi impossible. Elle est indifférente à ses enfants, s'isole, ne se nourrit presque pas, ne supporte pas le bruit, ne dort pas malgré la médication. Elle souffre de violents maux de tête depuis plusieurs années, qui résistent au traitement médicamenteux, avec des vertiges. Beaucoup d'exams ont été faits, sans que les médecins ne trouvent de quoi elle souffre. Madame aurait un éclat de balle dans la tête. Elle prend une forte médication (Rivotril, Dogmatil, Xanax, ?...), qui l'assomme mais sans laquelle la souffrance serait plus grande encore. Elle présentait des troubles de l'endormissement, des cauchemars. Aujourd'hui encore et toujours, elle se réveille la nuit et pleure en silence dans l'obscurité. En entretien, Madame ne semble pas entendre quand on s'adresse à elle, comme si elle tombait d'une autre planète. Elle est absente, n'écoute pas, ne parle pas, ne répond pas aux questions. Elle est complètement dépendante. Sa fille n'ose pas la laisser seule, ce qui invalide la vie sociale d'une jeune femme. La famille vit isolée, sauf les plus jeunes qui vont à l'école et sont bien intégrés. Cette situation nous interpelle, bien sûr, par la gravité et la durée des troubles, mais parce que la fille et la mère se déplacent de très loin pour venir nous rencontrer et nous font beaucoup confiance malgré le peu d'évolution positive. Le contenu des entretiens est assez pauvre, et on se heurte à beaucoup de silences. La question de la mort et des disparitions est difficile à aborder. Parfois la maman laisse couler quelques larmes en voyant sa fille pleurer, mais toute communication avec elle se heurte à un mur de silence. Sa fille pleure de la voir dans cet état végétatif. Elle n'ose pas laisser sa mère seule. Elle craint un passage à l'acte suicidaire ; elle l'emmène donc partout. Elle n'a pas le temps d'étudier le français. La jeune femme souffre énormément, mais avec dignité, de voir sa mère ainsi. De plus, devenir chef de ménage à 20 ans est très lourd. Elle est dans un profond désarroi, portant sur ses jeunes épaules tout le poids de la souffrance familiale. Elle se trouve dans l'impossibilité de mener une vie normale pour une jeune femme de son âge. Elle est extrêmement courageuse, mais est parfois sur le point de craquer. Elle n'a d'autre choix que de faire face et être forte. Les autres enfants travaillent bien à l'école, mais la jeune sœur fait parfois des crises de nerfs et est souvent enrhumée. Elle veut devenir médecin, « pour soigner sa maman ». En fin d'entretien, nous laissons la fille retrouver une autre femme kurde qu'elle avait connue au Centre d'accueil et que nous recevons intentionnellement le même jour qu'elle, pour qu'elles puissent se rencontrer. Au fil du temps un rituel s'est installé, de retrouvailles, d'échanges de cadeaux, de complicité entre deux jeunes femmes. Nous nous sentons bien impuissants devant tant de douleur, mais la jeune femme nous dit qu'elle se sent bien quand elle vient nous voir.

### Procédure d'asile

Comme dans tous les cas de demandeurs d'asile, la procédure, longue et incertaine, a eu des effets extrêmement négatifs sur la santé. Aux pertes, à l'exil, à l'exode, s'ajoutent l'incertitude quant à l'avenir et la crainte d'être expulsés d'Europe. En quittant la Turquie il y a près de 10 ans, la famille a fait une demande d'asile en Allemagne où elle a résidé dans un centre avant d'être expulsée après 6 années ! La famille est alors allée en Hollande. Le deuxième fils a alors quitté la Hollande pour rejoindre le PKK. Puis, la famille a été expulsée après trois mois en raison des accords de Dublin, selon lesquels l'Etat responsable de l'examen de la demande d'asile est le premier pays européen dans lequel la demande a été introduite, en l'occurrence l'Allemagne. La famille est alors retournée clandestinement en Turquie à Istanbul, où, recherché par la police, le père aurait disparu. Après un an à Istanbul, Madame et les enfants sont arrivés en Belgique où ils ont introduit une deuxième demande d'asile. En fin de compte, grâce aux rapports médico-psychologiques et des contacts avec le CGRA, Madame et la famille ont été reconnus réfugiés.

L'accompagnement s'est poursuivi pendant deux ans après l'obtention du statut, mais sans amélioration notable, vu la gravité de son état.

## 3.2.2. Clinique du deuil

### Les deuils pathologiques<sup>29</sup>

#### Deuil normal et pathologique

Dans le deuil, il y a une période normale de retrait du monde, parfois de sidération. Il y a les autres pour qui le monde continue à tourner et puis l'endeuillé pour qui la terre s'est arrêtée de tourner. Au début, il y a attente de l'autre, projets à deux; réconfort même en l'absence de l'autre. Progressivement, la personne va se détacher de la personne aimée. A la fin, l'amour pour le disparu n'est plus un amour vital. Il fait partie du passé. Une perte n'est pas en soi traumatique. Une perte entraîne un processus de deuil. Un événement traumatique, lui, entraîne un processus psychique de traumatisme et non un travail de deuil. Selon Métraux, le travail de deuil, ce n'est pas simplement oublier ou se résigner à la perte, mais suppose une élaboration psychique qui peut être créatrice quand elle est aboutie. Il y a des conditions pour favoriser ce travail. C'est de l'absence, de la souffrance que naît le sens, via les mots utilisés pour signifier cette absence. A travers les mots pour la décrire, la douleur a une vertu créatrice. Pourquoi ? Parce que les mots mettent une distance métaphorique avec l'expérience vécue. C'est par les mots que le récit se détache du vécu brut. La poésie transforme l'événement originel. Si le langage reste collé à l'expérience vécue, il n'y a pas travail d'élaboration de la perte. Pour Métraux, le deuil débouche sur trois types d'état :

- La congélation,
- La fossilisation,
- Le deuil créateur.

#### Deuil compliqué

Holly Prigeron parle de la notion de deuil compliqué. Les facteurs de l'histoire personnelle qui risquent de compliquer le deuil sont :

- Le fait d'avoir perdu précocement un parent du premier degré,
- Le nombre de deuils vécus,
- Le nombre de deuils importants vécus,
- La violence ou la brutalité de ces deuils.

Selon M Hanus, dans le deuil compliqué, les étapes normales du processus sont bouleversées :

1. la souffrance de la perte est déniée,
2. Les symptômes normaux du début du processus perdurent plus de six mois et handicapent. Ces symptômes sont :

- l'attente de l'autre,
- le refus d'accepter la mort,
- ne penser qu'à l'autre
- le retrait du monde,
- la stupeur,
- les pleurs incoercibles,
- dépression et anxiété,
- l'état de sidération. Dans ce cas, l'état de sidération perdure au point de faire penser à un syndrome psychotraumatique.
- Il y a paralysie des fonctions physiologiques et psychiques avec pour conséquence absence de demande d'aide.
- Installation dans le non –dit ;

<sup>29</sup> Observations tirées des livres suivants :

Hanus, *Les deuils dans la vie, deuils et séparations chez l'adulte, chez l'enfant* ; Maloine, 2001

Bacqué Marie-Frédérique, *Apprivoiser la mort*, Odile Jacob, 2003,

Métraux Jean-Claude, *Deuils collectifs et création sociale, La dispute*, 2004

- Il peut y avoir dissociation lorsque la mort survient brutalement, accident, meurtre, catastrophe : indifférence consécutive à l'impuissance totale devant l'évènement ; La personne s'écarte mentalement de la scène pour ne pas succomber à l'angoisse mortelle. La personne devient son propre spectateur.

### 3. L'expression du deuil :

- est plus intense.
- il n'y a pas expression de tristesse ;
- ou bien l'expression de tristesse est masquée par des douleurs physiques.

### 4. symptômes psychiatriques.

Au deuil, peut s'ajouter le traumatisme lorsqu'il y a cumul d'événements traumatiques et /ou mort extrêmement violente, de la main de l'homme, atrocités, torture, massacres collectifs, génocide. On l'a vu avec René Roussillon, le caractère irreprésentable de ces morts excèdent le sens que l'homme donne à l'humanité, dépasse tout entendement et a pour effet d'anéantir le sens de la vie même.

## Deuil traumatogène

Cette expression n'est pas à confondre avec deuil post traumatique. Pour M-F Bacqué, il peut y avoir deuil avec conséquences traumatiques, sans qu'il y ait eu mort brutale ou violente, mais en raison de l'attachement particulier à la personne décédée. Dans ce cas, c'est la séparation qui est traumatique et non les circonstances du décès. La perte atteint l'identité même du survivant.

## Deuil et trauma

Pour Métraux, il faut bien distinguer les deux. Le deuil est créateur quand il est élaboré, tandis que le trauma est mortifère. Le deuil est même un remède au traumatisme. Dans l'état de survie, le travail du deuil est gelé. Les états de survie sont:

- La précarité extrême et permanente, sous le seuil de pauvreté ;
- Les situations de guerre ;
- Les états de stress post traumatique.

## Deuil congelé

Pour Métraux, l'état de survie des populations en guerre, a pour effet de congeler le processus normal de deuil. Quand il y a lutte pour la survie, c'est l'identité collective qui prime. Les humanitaires arrivent sur les lieux de catastrophes, s'intéressent au trauma, mais il faut vingt ans, quarante ans, aux populations pour sortir de la survie et donc amorcer un véritable travail de deuil. Lorsqu'une menace grave compromet la survie, on vit au jour le jour. Tout processus de deuil est ajourné parce qu'il peut même être dangereux pour la survie individuelle et collective. Pour Métraux, tout processus de deuil passe par une phase de fermeture, puis, lorsque les conditions de sécurité sont réunies, par une phase d'ouverture caractérisée par les pleurs, ... Dans cette phase de remise en question, le sens qui portait jusque là la personne et le groupe est remis en cause. La personne se penche sur elle-même, sur ses blessures psychiques. La phase d'ouverture est une phase de fragilisation de l'identité, et de vulnérabilité; c'est pourquoi elle n'est possible que s'il y a sécurité. Faire le deuil en situation de survie est dangereux, pour le groupe. Le travail de deuil consomme une énergie qui est trop précieuse quand il faut se cacher, chercher de l'eau.

Comment faire un travail de deuil lorsque votre mari, ou votre frère est au pays et que vous êtes sans nouvelles, ou que votre enfant est resté au pays et vous ne savez pas s'il a à manger ou s'il est en sécurité ? Tant qu'il y a danger le réflexe de survie individuelle et collective a pour effet de geler le deuil. Au temps du gel, la survie identitaire prime sur la survie physique. Toute personne qui veut s'individualiser menace la cohésion du groupe.

## Deuil par disparition et deuil traumatique

- Deuil par disparition

Dans les premiers temps du deuil, il y a refus et rejet de la mort. Un indice nourrit le doute sur cette réalité inacceptable. Il est important d'assister aux funérailles, pour sentir, toucher, voir. Ces signes nous aident à lutter contre nos tentatives de refus. L'entourage nous montre sympathie, compassion, mais l'entourage nous témoigne de cette disparition, l'atteste. Pour intégrer l'absence, nous avons besoin de voir pour y croire. Sans assister aux funérailles, sans voir le mort, nous mettons plus de temps pour pouvoir l'intégrer, l'accepter. Pour cette raison, il ne faut pas écarter les enfants des cérémonies et des commémorations. Les pratiques collectives, l'entourage par les proches donnent une consistance aux images internes du parent mort. Après le refus vient le chagrin. Dans le cas de disparition, le chagrin ne vient pas. Dans le cas présenté, il y a chagrin, lorsque la mère voit sa fille pleurer, et non chagrin du souvenir.

Dans le cas de disparition, la recherche du disparu provoque une attente interminable, torturante, intolérable. Des questions restent, mystérieuses, sans réponses. L'a-t-il fait volontairement, a-t-il disparu volontairement ? Est-ce un accident ; est-ce un suicide ? La découverte du corps quant elle survient est atroce mais lève le doute. L'incertitude insupportable cesse. Mais le corps n'est pas toujours retrouvé.

Tout travail de deuil suppose la présence active des parents, proches, voisins et de la collectivité. Des gestes collectifs sont indispensables comme des prières, des pèlerinages. Plus les deuils sont difficiles, plus ils ont besoin de ritualisation, c'est-à-dire de comportements collectifs codifiés et symboliques. Dans ce cas, quand la famille est isolée socialement, comment faire ? En Bretagne, pour les marins disparus, c'est le village qui organise une cérémonie et chaque année, organise une cérémonie du souvenir. Une petite croix se substitue au corps du disparu. Malgré que le corps ait disparu, on creuse une tombe. La croyance veut que le jour des morts, le disparu vienne occuper sa place dans la tombe qui porte son nom. L'essentiel est de fixer les traces visibles du disparu et en même temps l'honorer par des pratiques rituelles collectives qui soutiennent le chagrin de la famille.

- Deuils traumatiques ( ou post traumatiques)

Parfois le processus normal de deuil est entravé lorsque la perte survient de manière brutale, violente et inattendue. Alors, dit Bacqué, la menace de mort du moi occupe le devant de la scène et obstrue la circulation des pensées. Normalement chez l'endeuillé, les souvenirs submergent la personne. Dans le deuil traumatique, on trouve les symptômes du syndrome psychotraumatique, c'est à dire, la reviviscence, les souvenirs répétitifs de la scène avec images, perceptions, odeurs, les flash back, les épisodes dissociatifs, l'évitement, les trous de mémoire alternent avec l'hypermnésie de l'évènement, le détachement, l'indifférence affective, les troubles du sommeil, l'hypervigilance, l'irritabilité, ....

Il y a la mort brutale inattendue et violente, par accident, par catastrophe naturelle. Il y a la mort brutale et violente par la main de l'homme : meurtre, attentats, génocide, crimes de masse. L'empêchement d'enterrer ses morts est la pire des offenses, un crime contre l'humanité. Pour Hanus, à la différence de la mort par catastrophe naturelle, la mort intentionnelle, surtout lorsqu'elle est planifiée à large échelle (génocide, violent d'Etat) demande justice, parce qu'il y a des coupables. Dans ce cas, la distance, l'impunité, l'absence de réparation symbolique s'ajoutent à la disparition des corps, qui s'ajoute à l'absence d'étayage sur les liens familiaux et communautaires. Ce cumul de manques freine encore plus le processus de deuil. Dans les deuils traumatiques et par disparitions, dit Hanus, les pratiques collectives de reconnaissance, de réparation, de commémoration, et de ritualisation des adieux aux morts sont encore plus importantes que pour les deuils sans complication. Souvent, à la violence subie qui a motivé l'exil, s'ajoute la violence dans le pays dit d'accueil, celle de ne pas être cru, de devoir attendre, de vivre la crainte d'expulsion, ... Les dommages de cette double violence peuvent être irréversibles.



C'est pourquoi, il nous semble que la reconnaissance en tant que réfugié est une reconnaissance symbolique de l'humanité, reconnaissance indispensable à un travail de deuil. Dans le deuil post-traumatique, le travail du deuil ne peut commencer que quand le syndrome psychotraumatique s'est atténué.

## Rituels

Dans tous les cas, il faut des rituels pour aider à faire le deuil. Examinons avec M-F. Bacqué les fonctions du rituel. Les rites sont « *un ensemble de cérémonies et de pratiques, dans un cadre religieux ou non, qui ont pour fonction de rappeler chez tous, le plus petit dénominateur commun de l'humanité* ». Les rituels ont pour fonction:

- De transcender l'événement dramatique pour replacer l'homme dans l'humanité ;
- De simplifier la pensée par des gestes universels ;
- De canaliser des émotions puissantes et parfois stimuler leur expression ;
- De trouver les témoins du passage et les aider à tolérer le changement d'état en mettant fin au désordre social.

Historiser l'histoire individuelle ; mythifier la trajectoire singulière, mettre en récit l'innommable, collectiviser le destin individuel : tout cela fait partie de la thérapie

## Y

Il s'agit d'une femme Tchétchène de 53 ans. Elle a été suivie depuis 08/02. A fait une première demande d'asile en 2002; a d'abord eu un avis négatif et a été menacée d'expulsion. Comme d'autres tchétchènes à l'époque elle a fait la grève de la faim. Elle a vécu 2 ans au Centre d'Accueil d'O. A finalement été reconnue réfugiée, après réexamen. Elle est en Belgique avec 3 de ses 4 enfants et a un fils en Tchétchénie. Son mari a disparu. Elle connaît un problème de deuil; le corps de son mari n'a pas été retrouvé; sa maison a été détruite. Elle souffre de dépression; de somatisations. Le fils aîné resté au pays cherchait le corps du père pour faire les rituels; il a été victime d'un attentat. C'est une source d'inquiétude pour Y; il se cache. Dans ce cas, il y a eu un important travail de concertation avec le médecin traitant avec le service social de la Ville Namur et un accompagnement pour rechercher un logement social. Il y a eu une concertation positive avec le médecin généraliste. Elle n'a pas besoin de médication. Il n'y a pas intégration dans la société belge. La reconnaissance en tant que réfugié l'a aidée; elle a peu de contacts avec sa communauté; les liens avec sa communauté ne sont pas essentiels pour elle. Ses enfants, adultes, la soutiennent. Ils ont créé leur famille; seul le dernier reste à la maison; elle trouve le soutien dans la famille élargie. Il y a eu amélioration de son état psychologique grâce à la création d'un environnement sécurisant, stable. Le lieu thérapeutique est un espace sécurisant, soutenant. Elle y trouve une reconnaissance en tant que femme et en tant que mère, ainsi que des conseils éducatifs pour le plus jeune. Le travail thérapeutique a été centré sur son vécu à elle. Elle est soutenue en tant que sujet ; elle est peu écoutée chez elle. Dans ce cas, pas besoin d'une approche de groupe. Elle verbalise bien et est régulière dans les séances. Le suivi est toujours en cours. Du point de vue culturel, elle a trouvé une place en tant qu'individu; elle a été peu scolarisée au départ. Question intégration, il n'y a pas de conflits avec ses enfants; elle ne va pas au cours de français. Ce cas nous montre l'importance d'offrir un espace de soutien pour aider à supporter les conditions de précarité. La thérapie a permis un travail de deuil et apporte un soutien en tant qu'individu dans un contexte culturel et sociétal qui laisse peu de place à la femme.

## 3.3. Précarité des liens sociaux et clinique de la rue

### 3.3.1. Clinique psychosociale, désocialisation et corps

L'accompagnement des réfugiés, sans-papiers et des personnes souffrant de traumatismes s'inscrit, selon nous, dans ce que l'on appelle la clinique psychosociale. Jean Furtos<sup>30</sup> a développé le concept de clinique psychosociale qui désigne une clinique élaborée, conjointement entre « psys » et travailleurs sociaux pour répondre à une souffrance psychique d'origine sociale. A la différence de la clinique psychiatrique, dans la clinique psychosociale, le sujet n'est pas alité, mais l'atteinte à son être intime et social fait qu'il est abattu. Il y a précarité lorsque l'on ne se sent plus digne d'exister parmi les humains. La détresse s'accompagne de honte et d'humiliation. La précarité psychique c'est la mort sociale. La perte des objets sociaux c'est la perte de la place que chacun a dans sa famille, dans le groupe, dans la société. L'exclu, c'est celui qui est hors-lieu.

La souffrance psychique en contexte de précarité présente les caractéristiques suivantes:

- La souffrance s'exprime dans les lieux du travail social : l'effet de la souffrance psychique sur les aidants de première ligne est de créer en eux un sentiment de malaise et d'impuissance ;
- Cette souffrance est en lien avec la précarité matérielle et la précarité des liens sociaux. Elle ne touche pas que les plus démunis, les exclus, les SDF, mais concerne aussi les pathologies du travail, le burn-out, ...les sans papiers ;
- La problématique de rupture identitaire se pose de manière insistante. Dans la migration et l'exil forcé c'est évident ;
- La souffrance psychique se distingue de la maladie mentale, même si des malades mentaux ont aussi une souffrance psychique d'origine sociale :
  - La demande impossible,
  - L'urgence,
  - La paradoxalité: les usagers présentent leur souffrance à des non psys et les psys disent qu'il n'y a pas de demande d'aide. Lorsqu'il y a atteinte narcissique et souffrance identitaire majeures, les frontières entre moi-non-moi, intérieur-extérieur, bien-mal, passé-présent-futur, sont brouillées. Sans l'enveloppe psychique protectrice interne, l'environnement, l'autre, sont vécus comme insécurisants. Ce paradoxe doit être reconnu et toléré pour pouvoir être travaillé.

Il peut y avoir souffrance psychique sans précarité sociale, par ex quelqu'un qui garde son emploi, qui n'est pas pauvre, mais qui vit un stress intense au travail par ce qu'il risque de perdre celui-ci, est harcelé, persécuté. Dans ces cas, il y a dépression et somatisation, sans pathologie mentale. La personne perd confiance dans l'avenir et en autrui. Il n'y a pas de difficultés matérielles ou sociales et donc il n'y a pas de demande d'aide. La demande d'aide survient au moment où quelque chose casse, mais la capacité de demander est en cours d'effondrement. Furtos parle de mélancolisation du lien social en référence à Olivier Douville. Douville<sup>31</sup> fait un parallèle entre le jeune désœuvré de la banlieue parisienne et les jeunes de la rue à Bamako. Le point commun est une dégradation progressive des rapports du sujet à l'espace, au corps et au langage. Il emploie le terme de mélancolie d'exclusion. Les sujets en danger psychique dans l'exclusion sont des sujets qui ont perdu :

- ◇ le sens de leur corps,
- ◇ de l'intégrité de leur corps,
- ◇ de la cohésion de leur corps.

30 Furtos J, 2005, *Introduction, Souffrir sans disparaître (pour définir la santé mentale au-delà de la psychiatrie)*, in Furtos J, Laval Ch, (ss dir de ), *La santé mentale en actes ; de la clinique au politique*, Eres, p16

31 Douville O, 2001, *A propos des adolescents en errance : la mélancolisation d'exclusion ou d'une souffrance psychique dans l'actuel*, Dossier adolescence, *Rhizome* n°6, p 9-10

Ces sujets ont un rapport particulier à la douleur, vivent une sorte d'anesthésie, ne distinguent plus le jour et la nuit, sont dans l'errance, sans respect pour leur corps. La clinique de l'exclusion est d'abord une clinique du mésusage des corps.

Dans les cas de souffrance psychique avec perte des objets sociaux, pauvreté et précarité psychique se cumulent. Dans ce cas de figure, la souffrance psychique peut être accompagnée par l'aide sociale : allocations, minimex, logement social, stages professionnels, ... La confiance peut reprendre grâce au travail social. La triade de l'exclusion sont la honte, le découragement et l'inhibition. Mais c'est réversible avec une relation d'aide. Il est important d'assister la personne en difficulté. Attention à l'idéologie de l'autonomie tout en valorisant les compétences.

Furtos parle aussi du syndrome d'auto exclusion. La défaillance de l'environnement qui accompagne l'exclusion sociale conduit à ce syndrome, aussi appelé désocialisation. Dans certaines situations, le sujet s'exclut lui-même de sa propre subjectivité pour survivre. Pour ne pas souffrir l'intolérable, il se coupe de sa souffrance, il s'anesthésie. Pour vivre, il s'empêche de vivre. Rousillon, lui, parle de logiques de survivance. Les caractéristiques de la survie sont:

- ◆ Il y a inhibition de la pensée et des émotions. Personnes hébétées, frustes ;
- ◆ Anesthésie partielle du corps, et émoussement des sensations et des affects ;
- ◆ Troubles du comportement avec violence, déclenchée par l'alcoolisation ou lorsqu'il y a une déception après une tentative de se rapprocher de l'autre ;
- ◆ Rupture active avec la famille et les proches, début d'errance, solitude entretenue. Le lien fait mal, le seul lien qui subsiste est avec les professionnels de l'aide sociale ;
- ◆ Les gens n'ont même plus honte ;
- ◆ Un signe essentiel est l'absence du souci de soi, il y a rupture avec l'appartenance à la communauté des humains, négligences au niveau hygiène, nourriture, ne pas payer ses dettes, accumulation de déchets. La personne devient un déchet ;
- ◆ Abolition de la capacité de demander aide ou soin. Elles refusent l'aide proposée. La demande impossible doit être respectée ;
- ◆ Ces personnes vivent dans un monde paradoxal : plus on les aide, plus elles vont mal ;
- ◆ Le mode d'intervention est l'urgence et il faut une attitude proactive, c'est-à-dire ne pas attendre la demande : la souffrance est portée par les aidants.
- ◆ Il y a risque de mort.

### 3.3.2. Quels dispositifs dans les situations de grande précarité?

Pour nous, la clinique psychosociale rejoint la clinique du trauma extrême. Pour D. Mellier<sup>32</sup>, dans les situations de détresse sociale grave, il y a un défaut de « contenant » psychique et par conséquent, les symptômes s'expriment soit dans le registre mental par une difficulté à penser, soit dans le registre somatique, ou encore, par de l'agir. L'aide psychothérapeutique basée sur la demande et un contrat est inopérante en raison de la paradoxalité mentionnée plus haut. Cette clinique de la « casse » demande l'invention de nouveaux dispositifs de travail psychosocial. Dans la clinique psychosociale :

- Les aidants non psy sont amenés à répondre à cette souffrance psychique par une attitude compréhensive, non expulsive, non rejetante, à condition d'être soutenus eux-mêmes.
- Pour aider, l'aidant doit accepter de mettre entre parenthèse les causalités médicales, sociologiques, politiques. La base de la clinique psychosociale, hors cadre habituel de la psychothérapie classique, c'est le lien qui se noue entre le professionnel et la personne.
- L'effet de la souffrance psychique sur les professionnels est une modification de leurs pratiques, à condition que celles-ci soient accompagnées et soutenues.
- Pour répondre à la paradoxalité, et éviter la « patate chaude », il s'agit avant tout de décloisonner les champs d'intervention. Pour les pys, il s'agit d'investir les objets sociaux et leur maniement dans l'économie sociale et psychique des personnes, ce qui passe par une réflexion et une pratique avec les travailleurs sociaux sur la dimension psychique de la détresse matérielle et sociale.
- La caractéristique de la clinique psychosociale c'est l'aménagement de groupes conjoints pys et travailleurs sociaux sur l'analyse de la pratique et l'intervision. La concertation entre professionnels, ainsi que la supervision d'équipe, permettent alors de créer une fonction contenant, en « donnant du recul », sans quoi les professionnels risquent eux-mêmes d'être mis en situation de précarité. De tels groupes mixtes, permettent de gérer la crise des institutions ou de contenir la violence. A Namur, nous avons mis en place un tel groupe, appelé « Mosaïques ».
- Une autre caractéristique de l'aménagement du cadre dans ces situations de ruptures répétées, est la dimension « proactive », c'est-à-dire, « aller vers », aller à la rencontre des personnes en difficulté, sans prise de rendez-vous et sans attendre la demande: « le psy se déplace », « le cadre dans la tête ». Pour répondre à ces situations de souffrance identitaire, il faut mettre en place des dispositifs d'aide psychosociaux tels que groupes d'accueil, groupes de parole, d'orientation, temps de permanence, actions à visée préventive, travail institutionnel en réseau, approches communautaires ou groupes d'entraide... Ces dispositifs pluridisciplinaires et multi référentiels ont une fonction d'accueil et de contenance de ces anxiétés diffuses. Cette démarche curative adaptée et les activités de prévention ont en commun cette fonction d'accueil de la précarité. Entre 2001 et 2006 nous avons mis en place un lieu d'accueil mère –enfants, appelé « Entre-deux », actuellement autogéré. La taille réduite de notre équipe ne nous permet malheureusement pas d'assurer une permanence pour des personnes qui viennent sans rendez-vous ou pour des entretiens de crise.

<sup>32</sup> D. Mellier, 2003, *Précarité du lien, détresse sociale et dispositifs de « contenance »*, in O Douville, C Wacjman, 2003, *Ruptures des liens, cliniques des altérités*, Revue Psychologie Clinique, N° 16, L'Harmattan, p 87-100.

- Compte tenu de leur spécificité, ces dispositifs sont eux-mêmes fragiles. En effet, dit Mellier, ils impliquent des exigences, difficiles à concilier en pratique : travail en équipe et en réseau entre différents partenaires. Le travail clinique se fait avec d'autres professionnels ou dans un cadre qui n'est pas celui du cadre du soin habituel, ce qui peut amener des confusions de rôles entre partenaires. Par exemple, groupes de parole avec des « minimexés » dans le domaine de la réinsertion ; ou animation d'un atelier d'expression dans le secteur de l'éducation permanente. Dans ces situations complexes, il faut une intervention conjointe du psy, du travailleur social, du médecin, dans le respect du rôle de chacun et dans le respect de la personne. On l'a dit, le cadre psy n'est pas toujours indiqué même si le travailleur social estime qu'il y a souffrance psychique ou « maladie mentale ». Inversement, là où domine la seule logique sociale, il est difficile pour le psy de sortir de son cadre habituel en mettant en place des « espaces intermédiaires » qui permettent aux personnes exclues socialement et blessées dans l'estime de soi de se réapproprier une démarche subjective, par exemple dans un groupe de parole. La place du psy auprès d'éducateurs de rue dans des actions de quartier est aussi à définir.
- Dans ce contexte qu'est ce que le travail social? Outre l'aide individuelle, outre le repli frileux de professionnels impuissants, faire du social dans ces problématiques, ce serait, avant tout, se dire que les professions des enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux et psy, participent d'un « travail *du* social ». Pour Th. Goguel d'Allondans<sup>33</sup>, le travailleur social, « artisan du bord », est un passeur. Son rôle est de participer à la création de rituels propices à restaurer du lien social et à redonner du sens à une existence singulière. La vie est faite de moments de passages. Sans qu'il soit question de pathologie, il arrive que certaines conditions fragilisent les individus et rendent ces passages plus pénibles. Faire de la santé mentale et du travail social dans ces situations c'est, avant tout, faciliter ces passages lorsque les conditions de vie, collectives, sont fragilisantes pour les individus. Devant l'insoutenable de la barbarie, c'est réintroduire de l'humain. Par sa fonction d'appui, le groupe permet au psychisme blessé de se reconstruire.
- Selon Furtos, une santé mentale suffisamment bonne, peut être définie comme « *la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non sans révolte. Les politiques de santé mentale visent des pratiques soutenues par le souci de promouvoir, de maintenir ou de restaurer cette capacité* »<sup>34</sup> p 32

Cette définition est à mettre en parallèle avec celle que J-CI Métraux<sup>35</sup> donne du soin: « *Soigner, c'est permettre à l'autre de s'instituer, individuellement et collectivement, acteur et auteur de son devenir, quelle que soit la douleur qu'une telle démarche implique pour lui, patient, et pour moi, thérapeute ; mais en tenant compte du fait qu'en situation de survie l'un et l'autre requérons d'abord un espace où nous nous sentions ensemble en sécurité. Ce passage du « il » au « nous » oblige à redéfinir, à recréer le lien entre patient et soignant, et partant le rapport entre identité et altérité* ».

<sup>33</sup> Th Goguel d'Allondans, 2003, *Le travail social est-il un humanisme ?*, in A Touati (ss dir), 2003, *Aux limites de l'humain*, Ed Cultures en Mouvement, p111-116

<sup>34</sup> Furtos J, 2005, *Introduction, Souffrir sans disparaître (pour définir la santé mentale au-delà de la psychiatrie)*, in Furtos J, Laval Ch, (ss dir de), *La santé mentale en actes ; de la clinique au politique*, Eres

<sup>35</sup> Métraux Jean-Claude, « *La pensée clinique en mutation* », *Les cahiers de Rhizome*, dossier « *Demandeurs d'asile- Un engagement citoyen* », p21-27 ; 12/ 2005 : <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/rhizome/Rhizome21.pdf>  
Voir aussi « *santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône Alpes ; Modalités cliniques et interpartenariales* », mars 2005 : <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/RAPPORTFINAL.pdf>

## 3.4. Groupes particuliers

Nous n'envisageons pas ici en profondeur l'accompagnement des groupes particuliers que sont par exemple, les Mineurs Etrangers Non Accompagnés (MENAS), les femmes victimes de mutilations génitales, ou encore les personnes victimes de la traite des humains. Pour l'approche spécifique de ces groupes, nous renvoyons le lecteur aux références dans la bibliographie ou aux sites Internet spécialisés.

### Pour en savoir plus

#### Menas

Site très complet : infos socio-juridiques  
[http://www.sdj.be/fr/241\\_mineurs\\_en\\_exil.php](http://www.sdj.be/fr/241_mineurs_en_exil.php)

#### Mutilations sexuelles

GAMS : <http://www.gams.be/site/index.htm>  
LABISO ; Cahier 81 - Le GAMS ; La lutte pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines,  
<http://www.labiso.be/html/collection.html>

#### Traite des humains

CGRA : [http://www.cgra.be/fr/Groupes\\_vulnerables/Victimes\\_de\\_la\\_traite\\_des\\_etres\\_humains/index.jsp](http://www.cgra.be/fr/Groupes_vulnerables/Victimes_de_la_traite_des_etres_humains/index.jsp)  
ADDE : [http://www.adde.be/index.php?option=com\\_content&task=view&id=81](http://www.adde.be/index.php?option=com_content&task=view&id=81)

## 3.5. Axes thérapeutiques et modèle de travail

Au terme de la présentation des différentes dimensions du travail clinique et social avec les demandeurs d'asile et réfugiés, on peut voir que les interventions thérapeutiques prennent en compte :

- leur culture d'origine,
- le sens que ces cultures donnent à la maladie,
- leur histoire personnelle
- et celle de leur communauté d'appartenance.

De manière classique en psychiatrie, l'on se centre sur la pathologie au niveau des individus. Le modèle médical, malgré les risques que comporte sa pathologisation de la souffrance sociale, propose des solutions psychothérapeutiques et psychopharmacologiques qui s'avèrent une source de soulagement important. Avec les enfants, on envisagera une aide pédopsychiatrique : il s'agit avant tout d'essayer de dégager les enfants de la pathologie ou de la souffrance parentale ; ce qui nécessite une collaboration multidisciplinaire. Dans les situations de demandeurs d'asile, en raison des loyautés familiales liées à la survie, il faut toujours soutenir les parents en même temps que l'on vient en aide à l'enfant. On peut se centrer sur une vision phénoménologique ou psychanalytique des symptômes. Enfin, une lecture systémique qui tient compte de la fonction positive du symptôme, est centrale. Exemple : un silence qui préserve un secret et qui protège un équilibre fragile. Ne pas forcer la parole si non on risque de déséquilibrer un montage fragile. Parmi les réponses thérapeutiques à ces situations complexes, signalons encore, les visites à domicile, les approches corporelles, les approches de groupe, la création d'un dispositif d'analyse collective de la pratique entre intervenants.

Le dispositif de soins avec les migrants et réfugiés est basé sur une polyphonie, à l'image de la polysémie des souffrances. Comme dans toute clinique, il s'agit toujours d'essayer de lire le symptôme selon plusieurs axes, ce qui nous oblige à réinventer des cadres d'interventions, eux-mêmes multiples.

Afin de réduire les barrières à l'accès aux soins pour les allochtones, il faut essayer de tenir compte de toutes les dimensions qui ont une influence sur la maladie et la guérison : la culture d'origine, l'exil et le déracinement, l'acculturation, les conditions socio-économiques liées à l'intégration, le contexte individuel, familial et professionnel et les souffrances pré migratoires, l'histoire personnelle, l'existence ou non d'un support informel ou la disponibilité de services d'aide

### 3.5.1. Un dispositif à géométrie variable

La différence culturelle est une richesse, non un obstacle. La clinique transculturelle, telle que la propose par exemple Marie Rose Moro est un « dispositif à géométrie variable », basé sur plusieurs dimensions et plusieurs disciplines. Déployer un dispositif à géométrie variable c'est :

- ▶ comme dans toute clinique, tenir compte de l'histoire de la personne, sa personnalité, son contexte familial et social :
  - c'est se demander quel est le modèle de la parenté et de la famille dans la culture d'origine,
  - comment se définissent les rapports entre les conjoints et entre les générations,
  - quel est le style traditionnel d'exercice de la paternité et de la maternité dans le pays d'origine,
  - Autour de quelles valeurs s'organise l'éthique familiale, etc.
- ▶ C'est, pour les situations complexes, mettre en place une intervention conjuguée au sein du service ; par ex thérapie de couple, logopédie pour un enfant, espace individuel pour un ado, thérapie familiale, plus thérapie individuelle. Dans notre équipe, pourtant pas grande, on a souvent un suivi individuel, plus un suivi médicamenteux par le psychiatre, et pour certains cas, une approche corporelle énergétique, relaxation ;
- ▶ C'est tenir compte de la culture et de la langue, en nouant des collaborations avec des interprètes, de médiateurs interculturels,
- ▶ Mais c'est aussi nouer de collaborations avec d'autres services, d'autres disciplines, d'autres professionnels que ceux de la santé mentale. Bref, travailler en réseau multidisciplinaire et inter institutionnel.

### 3.5.2. Autres axes thérapeutiques

Après avoir présenté la clinique culturelle et le travail avec interprète-médiateur, la clinique du trauma, la clinique du deuil et la clinique de la précarité, examinons quelques autres axes thérapeutiques dans les problématiques des migrants, réfugiés et victimes de violence organisée. Sur le plan éthique, clinique et politique, quels autres éléments rendent possible la rencontre entre une famille immigrante ou réfugiée et des cliniciens ?

- Il s'agit avant tout de reconnaître l'asymétrie de la relation thérapeutique. Pour Cécile Rousseau <sup>36</sup> la personne migrante qui s'adresse aux services de santé du pays hôte 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 sur la prise en compte de ce déséquilibre des pouvoirs en présence. Les rendez-vous manqués, le déni ou la minimisation des problèmes, l'incompréhension réciproque entre famille et thérapeute, la « manipulation » s'expliquent ainsi. Loin d'être un signe de pathologie, ces stratégies visent à garder un minimum de pouvoir et témoignent de la capacité de la famille à défendre son intégrité et à protéger la cohésion de son univers.

<sup>36</sup> Rousseau, Cécile, «La thérapie à l'épreuve de la culture», *Relations*, juin 2001 (669), p. 20-23 : [http://www.cjf.qc.ca/relations/archives/themes/textes/sante/sant\\_rous\\_0106.htm](http://www.cjf.qc.ca/relations/archives/themes/textes/sante/sant_rous_0106.htm)

- Une deuxième caractéristique du travail avec les réfugiés est l'hospitalité. La clinique avec les migrants et réfugiés nous impose des remaniements du cadre thérapeutique. Ainsi, selon Jean-Claude Métraux<sup>37</sup>, les notions de neutralité, de distance thérapeutique, et de secret professionnel doivent être revues par le soignant. Après de victimes de torture, être neutre pour le soignant c'est être complice du tortionnaire. Tendre une main à un frère est souvent la première réponse face à l'exclusion : ré-humaniser là où il y a eu exclusion hors de l'humanité, là où il y a eu rupture des étayages sociaux et culturels fondamentaux. Il s'agit donc de légitimer les manifestations de survie. Dans le travail d'accompagnement des demandeurs d'asile, il est important de reconnaître de manière explicite les événements subis, leur projet de survie et leurs souffrances, même si le motif de demande d'asile n'est pas reconnu comme rentrant dans les critères de la Convention de Genève sur l'asile politique. Aucun travail d'élaboration psychique n'est possible tant que les blessures, les pertes, n'ont pas été reconnues.
- Le demandeur d'asile, vient avec un mandat de sa famille, de sa communauté. Pour lui, la prolongation du séjour est la condition de la survie. C'est pour lui une question vitale. Le rapport médico-psychologique dans le cadre de la procédure d'asile ou de séjour constitue ainsi une manière de légitimer le motif de survie et de reconnaître la souffrance. Pour celui qui risque d'être renvoyé dans son pays, faire un certificat médical lui permettant de ne pas être renvoyé, c'est lui permettre la survie. En se disant qu'il vaut mieux pour notre patient d'être malade en Belgique que mort au pays d'origine, on reste dans une position de soignant qui fait de la prévention tertiaire. Comme le médecin qui donne des seringues propres à un toxicomane qui sans cela irait de toute façon se piquer avec n'importe quoi. Lorsque la survie est assurée avec l'octroi du séjour, alors seulement, le deuil se dégèle et le trauma peut être élaboré. Mais pas toujours, lorsque l'inquiétude au sujet de la sécurité et de la survie des proches restés au pays persiste.
- Fournir un espace de sécurité, par l'accueil durant un temps donné; donner un sens à la période de l'exil - et ceci quelle qu'en soit sa durée, même s'il y a retour volontaire ou rapatriement forcé. Créer des ponts entre présent et passé. Parler des acquis, des compétences, des liens construits, pour que le séjour n'ait pas été vain, s'il devait y avoir retour forcé ou volontaire.
- Perspective humanitaire

Pour celui qui a été confronté à l'irruption brutale de la mort, pour l'exilé, pour le migrant, recréer le sentiment de communauté et recréer du sens ne vont pas de soi. Le travail avec les demandeurs d'asile, et les personnes en situation de précarité relève de l'intervention humanitaire. Selon Cécile Rousseau<sup>38</sup>, les interventions psychosociales dans le domaine de l'humanitaire doivent reposer sur quelques principes :

- ne pas pathologiser la souffrance traumatique, en faisant confiance dans les capacités d'adaptation individuelle et collective des groupes humains confrontés à la violence, la terreur, la destruction ;
- éviter le clivage bien et mal en reconnaissant que la violence ordinaire traverse tout être humain. A vouloir nier leur propre destructivité, les occidentaux risquent de se poser en sauveurs et de reproduire ainsi des positions de type néocolonial et impérialiste ;

<sup>37</sup> Métraux Jean-Claude, « La pensée clinique en mutation », Les cahiers de Rhizome, dossier « Demandeurs d'asile- Un engagement citoyen », p21-27 ; 12/ 2005 : <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/rhizome/Rhizome21.pdf>

Voir aussi « santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône Alpes ; Modalités cliniques et interpartenariales », mars 2005 : <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/RAPPORTFINAL.pdf>

<sup>38</sup> Université Mc-Gill, Montréal,



- l'idéologie qui sous tend l'intervention d'aide dans l'humanitaire est de vouloir soulager, réparer, réduire le symptôme. Or, du point de vue clinique, mais aussi anthropologique et politique, la reconstruction passe par un processus d'entre-deux, sans clivage net entre :

- individuel-collectif,
- sens- non-sens,
- isolement-reliance ;
- dévoiler le vécu traumatique-taire ce vécu.

L'absurde, dit C Rousseau, ne s'oppose pas à la redécouverte d'un sens individuel et collectif. Le non-sens fait partie de la vie. De la même manière, respecter le silence sur le trauma, laisse le temps à l'élaboration d'un récit personnel sur le vécu. Dans le trauma, il y a souvent un avant et un après. L'avant est idéalisé, avec nostalgie. Or, dans l'avant il y a aussi des manques. C'est l'élaboration et la mise en mots des manques antérieurs qui permettent de surmonter les pertes actuelles. La discontinuité, les trous permettent de construire son histoire et du sens. Il s'agit donc de ne pas forcer à dévoiler, ne pas forcer à « être ensemble », ne pas normaliser, accepter le silence, l'isolement.

- Promotion de la santé et approches communautaires

Tout le monde n'a pas besoin de recourir à l'aide d'un professionnel du soin. La santé psychique ne se résume pas à l'absence de maladie, mais dépend de la manière dont les gens « normaux » font face pour surmonter des épreuves difficiles. Les réfugiés, souligne encore J-CI Métraux, tout comme J Barudy, ont souvent montré leurs capacités extraordinaires pour surmonter la persécution, les pertes, le changement de milieu de vie et de se remettre de l'adversité. C'est ce que l'on appelle des capacités d'«auto-guérison». Mais vivre la précarité au quotidien peut être source de souffrance lorsqu'on a perdu ses repères habituels et le soutien social familial. Pour s'affirmer, ces capacités d'«auto-guérison» requièrent des conditions environnementales propices. En raison des capacités d'auto-guérison des personnes, les approches dites « communautaires », de type promotion de la santé, sont souvent très utiles dans les premiers temps de l'exil pour ceux et celles qui ont perdu leurs appuis habituels. Les professionnels de la santé avec les associations d'alphabétisation, de formation, de sport, d'expression, d'entraide, ...peuvent ainsi contribuer à protéger la santé psychologique des réfugiés, à créer un environnement « résilient », ainsi qu'encourager les stratégies d'entraide pour reconstruire une vie brisée.

## O

Il s'agit d'une femme de 34 ans. Tchétchène du Daghestan, elle est reçue en russe depuis 2002. O a fait une demande d'asile en 2002. Elle a été reconnue réfugiée après une 2<sup>e</sup> demande asile, suite à une grève de la faim collective. Elle est venue avec son mari et leurs 4 enfants. Elle a divorcé en 2004 et élève seule ses enfants. Ceux-ci voient leur père. Au pays les enfants auraient été dans la famille du père. Ses parents sont décédés; elle a des frères et sœurs au pays. Elle a connu de graves difficultés et de la violence dans le couple. Avant le travail thérapeutique, elle était soumise, battue, terrorisée. Son mari allait très mal aussi; lui-même était traumatisé. Leur fille était très inhibée et présentait un retard de développement. Au fil du temps, O s'est émancipée par rapport à sa religion et sa culture. Elle vit avec l'aide du CPAS et est reconnue handicapée partiellement pour handicap moteur au bras. Du point de vue intégration, elle suit des cours de français d'un bon haut niveau au Forem et apprend la dactylo à une main. Elle veut apprendre le néerlandais. Elle est très autonome; les enfants sont bien intégrés à l'école. Elle a des amis, des voisins, russophones mais elle n'est pas enfermée dans sa communauté. Elle n'a pas de famille ici. Elle a des contacts avec sa famille au pays et est même retournée une fois au pays pour aller sur la tombe de sa mère. Note rôle a consisté en un soutien en tant que mère et en tant que femme. Elle a su se protéger de la violence conjugale; elle a fait un chemin énorme d'émancipation; il y a eu nette amélioration symptomatique. C'est une femme intelligente, fine, qui a étudié. Dans ce cas, ses ressources personnelles et le soutien thérapeutique lui ont permis d'échapper à la violence et au poids de la tradition, comparativement à d'autres femmes tchétchènes.

## Glossaire

- **Aide matérielle**  
Aide sociale garantissant la satisfaction des besoins matériels: hébergement, alimentation, habillement, aide médicale et accompagnement social et psychologique
- **CBAR**  
Comité Belge d'Aide aux réfugiés
- **Centre fermé**  
Centre où sont détenues les personnes arrêtées en Belgique parce que n'étant pas en possession d'un titre de séjour (illégaux, sans papiers, clandestins, déboutés, ..), en attente de leur rapatriement.
- **Ciré**  
Coordination et Initiatives pour et avec les Réfugiés et Étrangers (Ciré)
- **CIRE**  
Certificat d'inscription au registre des étrangers (à la commune)
- **CGRA**  
Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides
- **Conseil d'Etat**  
Contre une décision négative (de l'Office des Etrangers ou du CGRA), le demandeur d'asile peut déposer un recours devant le Conseil d'Etat. (Dans l'ancienne procédure d'asile, principalement).
- **CCE**  
Conseil du Contentieux des Etrangers
- **Convention de Dublin**  
L'Office des Etrangers détermine, sur la base de la Convention de Dublin, quel est l'État Schengen responsable du traitement de la demande d'asile
- **CPRR**  
Commission permanente de recours des réfugiés, dans l'ancienne procédure d'asile. N'existe plus depuis la nouvelle loi asile de 2007.
- **Demandeur d'asile**  
Une personne qui effectue une demande d'asile et passe par la procédure d'asile
- **Dispatching**  
Le service Dispatching de Fedasil oriente les demandeurs d'asile vers les différentes structures d'accueil
- **Fedasil**  
Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile
- **FER**  
Fonds Européen pour les Réfugiés
- **ILA**  
Initiative locale d'accueil, sous l'autorité des CPAS
- **Mena**  
Mineur étranger non accompagné
- **OE**  
Office des Etrangers
- **OIM**  
Organisation internationale pour les migrations
- **Réfugié**  
Un demandeur d'asile dont la demande a été considérée comme justifiée est reconnu comme réfugié
- **(UN)HCR**  
Haut commissariat des Nations Unies aux Réfugiés

## SOURCES

- Agrali Sibel, «Spécificités méconnues des souffrances des victimes de la torture, nécessité de soins spécialisés», Centre Primo Levi, mars 2006, [http://primolevi.asso.fr/fr/comprendre\\_savoir/choix\\_d\\_articles\\_et\\_de\\_textes.html](http://primolevi.asso.fr/fr/comprendre_savoir/choix_d_articles_et_de_textes.html)
- Bacqué Marie-Frédérique, Apprivoiser la mort, Odile Jacob, 2003,
- Barudy J, Marquebreuck A-P, 2005, Les enfants des mères résilientes, la parentalité bien traitante dans les situations extrêmes : violences de genre, guerres, génocides, persécutions et exil, Ed Solal, collect Résiliences
- Bibeau, Corin et al, 1989, Comprendre pour soigner autrement, Gaëtan Morin, Québec,
- Bibeau G, Chan-Yip A-M, Lock M, Rousseau C, Sterlin C, 1992, La santé mentale et ses visages, Québec, Gaëtan Morin Ed,
- Bibeau G, « Religions et identités ; propositions pour imaginer une « clinique interculturelle de l'étranger » », Association pour la Recherche Interculturelle, Bulletin N°39, p 49-78, 2003, <http://www.unifr.ch/ipg/sitecrt/ARIC/Publications/Bulletin/Sommaire39/Som39.htm>
- Burnett A, Fasil Y, 2000, Meeting the health needs of refugee and asylum seekers in the UK, an information and resource pack for health workers, NHS, Department of Health, UK
- Burnett A, Peel M, 2001, "Health needs of asylum seekers and refugees", British Medical Journal, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=11230074>
- Benslama Fethi, (1997), Les transfuges, in Fafia Djardem (ss dir), Quelle identité dans l'exil ? Origine, Exil, Rupture, L'Harmattan, 21-35
- Carrefour Interculturel Wallon (CIW), 2005, accès aux services psychologique et sociaux chez les réfugiés, FER, recherche en cours
- CIRE, 2007, « Guide de procédure d'asile en Belgique » <http://www.cire.irisnet.be/>
- Clarke Brigid, Quarshie Winnie, 2002, Ethnic Minorities in Social Psychiatry ; a sample on international resources, Centre for research and information for social psychiatry, Denmark, [www.socialpsykiatri.dk](http://www.socialpsykiatri.dk)
- Cleveland Janet, 2008, L'expérience des demandeurs d'asile face au système canadien du statut de réfugié, <http://www.cdim.cerium.ca/L-experience-des-demandeurs-d>
- Clinique de l'Exil-FER, 2008, Développement et évaluation d'une aide psychosociale aux « Mena » et femmes seules, selon une approche intégrée, inédit.
- Cocof-CIRE, L'accueil des primo-arrivants en Région Bruxelles Capitale, 07/2007, collection Ikebana, N° 3
- Corin Ellen, «Une passion pour la variété des langages» ; Entretien avec E Corin ; Revue l'autre ; <http://www.clinique-transculturelle.org/AIEPentretien.html>
- Crépeau Fr, Foxen P, Houle F, Rousseau C ; 2001, Analyse multidisciplinaire du processus décisionnel de la CISR ; Refuge, Vol 19, No 4
- Crocq Louis, 1999, Les traumatismes psychiques de guerre, Odile Jacob
- Croix Rouge de Belgique, 2004, Evaluation de l'assistance psychosociale et thérapeutique auprès des demandeurs d'asile, (Provinces de Liège et Luxembourg), FER, site FEDASIL

- Dahoun Zerdalia, 1998, « L'entre-deux : une métaphore pour penser la différence culturelle », in Kaës R, Différences culturelles et souffrances de l'identité, Dunod, p210-242.
- D'Halluin E. La mobilisation du clinicien dans les procédures d'asile en France : pratiques et dilemmes. Evolution psychiatrique, 2006;71.
- Douville O, 2001, A propos des adolescents en errance : la mélancolisation d'exclusion ou d'une souffrance psychique dans l'actuel, Dossier adolescence, Rhizome n°6, p 9-10
- ECRE (European Council on Refugees and Exiles), 1999, Good practice guide on the integration of refugees in the European Union; www.refugeenet.org
- Fassin Didier , Rechtman Richard, 2007, L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime ; Ed. Flammarion
- Fassin D, (2000), « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », revue Hommes et migrations, dossier « Santé et traitement de la différence », N° 1225, p5-11
- Fassin Didier, « Et la souffrance devint sociale. De l'anthropologie médicale à une anthropologie des afflictions », Critique, Tome LX-n° 680-681, 01-02/2004, p 16-29
- FECRI (Fédération des Centres Régionaux Intégration), 2001, La régularisation en Wallonie : conséquences, perspectives
- Fedasil, 02/2004, Enquête exploratrice sur l'assistance psychosociale et thérapeutique des demandeurs d'asile (Provinces de Hainaut, Brabant Wallon, Namur et Région Bruxelles), FER, site fedasil
- Fondation Roi Baudouin, 2003, Les mineurs étrangers non accompagnés en Belgique, aperçu de la situation actuelle et présentation de bonnes pratiques d'accueil et d'aide
- Fondation Roi Baudouin, Child Focus, 2004, L'accueil en Belgique des mineurs étrangers non accompagnés victimes d'exploitation sexuelle ; recommandations pour de bonnes pratiques
- Furtos J, Introduction, Souffrir sans disparaître (pour définir la santé mentale au-delà de la psychiatrie), in Furtos J, Laval Ch, (ss dir de ), La santé mentale en actes ; de la clinique au politique, Eres, 2005.
- Furtos Jean, « Précarité du monde et souffrance psychique », Rhizome, N° 5, juillet 2001, p 3-5, www.ch-le-vinatier.fr/orspere
- Goguel d'Allondans Th, 2003, Le travail social est-il un humanisme ?, in A Touati (ss dir), 2003, Aux limites de l'humain, Ed Cultures en Mouvement, p111-116
- Hanus, Les deuils dans la vie, deuils et séparations chez l'adulte, chez l'enfant ; Maloine, 2001
- Hauswirth M, Canellini A-M, Bennoun N, 2004, Un improbable refuge. , Les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d'asile, Psychothérapies 4 (Volume 24) p 215 à 222
- Hours Bernard, Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France, N°5 Médecine et santé : Symboliques des corps , <http://revel.unice.fr/anthropo/document.html?id=50>
- IWSM « Confluences », N° 21, février 2009, consacré au thème « Exils et appartenances »

- Jaffé Hélène, « Médecine et torture : problème du secret médical », Avre, juin 2002.  
[http://www.avre.org/article.php3?id\\_article=5&titre=Medecine-et-torture-probleme-du](http://www.avre.org/article.php3?id_article=5&titre=Medecine-et-torture-probleme-du)
- Kaës René, « Souffrance psychique et violence de civilisation », Rhizome, N° 5, juillet 2001, p 2, [www.ch-le-vinatier.fr/orspere](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere)
- Kovess-Masféty V, (2001), Précarité et santé mentale, Coll Références en Psychiatrie, Ed Doin
- LABISO, Cahier 89-90 - Le Setis de Namur, Trois ans de pratique d'interprétariat social,  
<http://www.labiso.be/html/collection.html>
- LABISO, Cahier 93-94 - Un projet Equal pour les demandeurs d'asile ; Alphabétisation et cours de français en provinces de Namur-Luxembourg, <http://www.labiso.be/html/collection.html>
- LABISO ; Cahier 81 - Le GAMS ; La lutte pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines,  
<http://www.labiso.be/html/collection.html>
- LWSM- CIRE, 2003, Enquête sur le travail d'interprétariat en santé mentale en Wallonie, FIPI ; inédit
- Lecomte Y, Jama S, Legault G, « Présentation : L'ethnopsychiatrie », Santé mentale au Québec, vol. 31, n° 2, 2006, p. 7-27,  
<http://www.erudit.org/revue/smq/2006/v31/n2/014800ar.pdf>
- Manço A (IRFAM), Petit S, Born M (Ulg), UNISOL, 2004, Optimisation de l'interaction entre familles récemment immigrées et services sanitaires : contribution au bien-être des enfants, Inédit
- Medical Foundation for care of victims of torture, Methodology Employed in the Preparation of Medico-Legal Reports; <http://www.torturecare.org.uk/files/methodology.doc>
- Mellier D, Précarité du lien, détresse sociale et dispositifs de « contenance », in O Douville, Cl Wacjman, Ruptures des liens, cliniques des altérités, Revue Psychologie Clinique, N° 16, L'Harmattan, p 87-100, 2003
- Méridien (le ) SSM, 2002, Accueil et accès aux soins des personnes migrantes en Belgique, Cocof, inédit.
- Métraux Jean-Claude, « La pensée clinique en mutation », Les cahiers de Rhizome, dossier « Demandeurs d'asile- Un engagement citoyen », p21-27 ;12/ 2005 :  
<http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/rhizome/Rhizome21.pdf>
- Métraux Jean-Claude, Deuils collectifs et création sociale, La dispute, 2004
- Moro M-R, 1998, Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants, Dunod
- Moro M-R, 2002, De la différence au métier de vivre, in Touati A (ss dir), Différences dans la Civilisation, actes du colloque de « Cultures en Mouvement », 4-7 juillet, Cannes 2001, Ed Desclée de Brouwer.
- Moro M-R, Baubet T, Lachal C, Ouss-Ryngaert L, 2006, Bébés et traumas, Ed La pensée sauvage
- Nathan T, (2001), Nous ne sommes pas seuls au monde, Éd. Les empêcheurs de penser en rond, Le Seuil
- National Mental Health Strategy; Multicultural Mental Health Australia, 2004, Reality Check: culturally diverse mental health consumers speak out, Australia.

- Politique (revue), 01/2005, Réfugiés, étrangers en Belgique: vers un horizon solidaire, 1954-2004: le CIRE a 50 ans, numéro hors série à l'occasion des 50 ans du CIRE
- Question Santé, 2002, Interprétariat et médiation interculturels, revue Bruxelles Santé, N° 27
- Rechtman R, Cooper, Le Maléfan, de Becker, Young, Rousseau, d'Halluin, Mestre ; 2006, Mensonges ? N° spécial de l'Évolution psychiatrique (L')
- Revue Rhizome, 2005, « Santé mentale et demandeurs d'asile en région Rhône Alpes ; Modalités cliniques et inter partenariales », [http://www.ch-le\\_vinatier.com/orspere/fichiers/RAPPORTFINAL.pdf](http://www.ch-le_vinatier.com/orspere/fichiers/RAPPORTFINAL.pdf)
- Rousseau, Cécile, «La thérapie à l'épreuve de la culture», Relations, juin 2001 (669), p. 20-23 : [http://www.cjf.qc.ca/rerelations/archives/themes/textes/sante/sant\\_rous\\_0106.htm](http://www.cjf.qc.ca/rerelations/archives/themes/textes/sante/sant_rous_0106.htm)
- Roussillon René, « Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique », in J Furtos, Ch Lachal, La santé mentale en actes, De la clinique au politique, Eres, 2005, p 221-238
- Save The Children, 2003, Young refugees; providing emotional support to young separated refugees in the UK; [www.savethechildren.org.uk](http://www.savethechildren.org.uk)
- Service Droit des Jeunes de Bruxelles, van Zeebroeck Ch, 2007, Mineurs non accompagnés en Belgique ; Situation administrative, juridique et sociale, guide pratique, Ed jeunesse et droit, Fond Houtman, SDJ
- Sironi Françoise, Essai de psychologie géopolitique clinique, Colloque d'ethnopsychiatrie « la psychothérapie à l'épreuve de ses usagers », 12 et 13 oct 2006, Paris, site centre G Devereux
- Sironi Françoise, Comment inventer des pratiques cliniques adaptées aux mondes contemporains ? Texte de la conférence prononcée le 29 mai 2001, à l'Université Paris 8, lors de la journée «porte-ouvertes» du Centre Georges Devereux, <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/29mai.htm>
- Sironi Françoise, Psychopathologie des violences collectives Odile Jacob, 2007
- Todorov Tzvetan, 2008, "La Peur des barbares", Odile Jacob
- Ulysse, 2003, Recherche sur les besoins et les ressources en région bruxelloise en matière de prise en charge psychosociale pour réfugiés/demandeurs d'asile, Cocof ; inédit
- UNICEF Belgique, 2004, Rapport des Mineurs étrangers non-accompagnés sur l'application de leurs droits en Belgique
- Urresterazu Hugo, « Séquelles de la torture: adaptation ou guérison ? », Parole sans frontière, Le séminaire « Psychiatrie, psychothérapie et culture(s) », Année 1993-1994 : Le traumatisme et l'effroi ; <http://www.p-s-f.com/psf/spip.php?rubrique16>



