

*D*iversités et *C*itoyennetés

La Lettre de l'IRFAM

Institut de Recherche, Formation et Actions sur les Migrations

N° 25
I/2011

Santé mentale et migration

IRFAM-Coordination
17 Rue Agimont 4000 Liège - Belgique
T. 04-221 49 89 - F. 04-221 49 87
info@irfam.org - www.irfam.org



Avec le soutien de la Communauté française de Belgique

*D*iversités et *C*itoyennetés

Sommaire du n° 25 – I/2010

Santé mentale et migration

- *Éditorial*
- Réflexion de **Medimmigrant** : « *L'accès aux soins de santé des personnes en situation de séjour précaire* »
- « *La place des personnes issues de l'immigration au sein des Services de Santé Mentale* », **Jean-Marie KREUSCH**, Logopède, Directeur Administratif du Service de Santé Mentale de Visé (AIGS), Président du Conseil d'Administration de l'IRFAM
- « *Tabane ou comment co-construire les chemins de l'autonomie* », **Patricia ALEN**, chargée de recherche, IRFAM
- « *L'interculturalité en question : que l'esprit heuristique ait place dans l'espace du dogme ...* », **Nabil HAJJI**, Adjoint de Direction à l'Institut pour le Travail Educatif et Social (I.T.E.S.), Brest, France
- « *Mariage entre la clinique et le terrain : cas des Turcs* », **Ertugrul TAS**, psychologue clinicien, chercheur-doctorant
- « *Les immigrées au crépuscule de leur vie : parcours et vécu de femmes âgées immigrées marocaines* », **Rajae SERROKH**, coordinatrice en promotion de la santé
- « *Les nouvelles églises congolaises en Belgique et les jeunes issus de l'immigration* », **Hélène MADINDA**, présidente de l'association Congo Forum

VIENT DE PARAÎTRE DANS LA COLLECTION « *COMPETENCES INTERCULTURELLES* » (L'HARMATTAN)
Les guerres puritaines. Signes religieux et vêtements pol(ys)émiques - Bruno Martens

Chères lectrices, chers lecteurs,

Certains parlent d'eux comme des « personnes en souffrance », d'autres de « migrants atteints de troubles psychiques » ... Enfants, femmes au crépuscule de leur vie ou travailleurs immigrés, ces individus ont comme point commun la réalité de leur parcours d'exil. Violences vécues aux pays, difficulté du parcours, choc culturel à l'arrivée dans la société d'accueil ... autant de facteurs qui induisent une approche différente que celle généralement pratiquée par les méthodes traditionnelles.

A mi-chemin entre la santé mentale, l'ethnopsychiatrie, la psychologie clinique et culturelle et l'anthropologie, ces modalités d'accompagnement sont multiples et complémentaires. La prise en considération de la complexité de cette souffrance dans les pratiques professionnelles psycho-médico-sociales apparaît de plus en plus comme une nécessité. Ainsi, en écho aux phénomènes migratoires et aux brassages interculturels qui en découlent, les recherches et initiatives autour de ces thématiques connaissent un essor croissant depuis quelques années. Pourtant les défis restent nombreux tant en ce qui concerne le développement de cultures professionnelles novatrices que la création de structures. Face à la singularité des pathologies des migrants, les praticiens et les professionnels ne peuvent rester neutres. Nombre d'entre eux sont conscients de la nécessité de créer des paradigmes adaptés.

C'est pourquoi, nous avons décidé de leur donner la parole dans ce numéro. Des chercheurs, mais aussi des praticiens (psychologues, directeurs de centre de santé mentale, ...) nous font part de leurs réflexions, questionnements ou analyses à partir de leurs expériences autour des maladies psychiques ou des souffrances auxquelles sont confrontés des migrants d'horizons et d'âges divers. Ces regards croisés constituent des angles d'approches complémentaires, qui, au regard des réalités de terrain mettent en lumière des situations diverses et nourrissent la réflexion de ce champ.

En introduction à ce numéro, l'association **Medimmigrant** (Bruxelles) nous offre une vue d'ensemble de l'accès aux soins de santé des personnes en situation de séjour précaire en Belgique. **Jean-Marie KREUSCH**, Directeur Administratif du Service de Santé Mentale de Visé (AIGS), Président du Conseil d'Administration de l'IRFAM complète ce focus en axant son propos sur la place des personnes issues de l'immigration au sein des Services de Santé Mentale.

Suit un portrait de l'association **Tabane** qui analyse les processus d'accompagnement psychosocial des migrants en région liégeoise.

Nabil HAJJI nous montre la plus value de l'approche interculturelle dans la prise en charge des patients et décrit comment ce concept peut faire l'objet d'une modélisation à travers un exemple français.

Pour se part, **Ertugul TAS** rend compte de la problématique du mariage observée chez les Turcs en Belgique à travers ses activités cliniques en tant que psychologue et celles de terrain en tant que chercheur.

La question des personnes âgées immigrées est abordée au moyen d'une enquête menée par **Rajae SERROKH**, diplômée en promotion de la santé. Elle a récolté les paroles de femmes marocaines et met en lumière leurs souffrances au quotidien.

Enfin, **Hélène MADINDA**, présidente de l'association **Congo Forum** (Bruxelles), amorce une réflexion sur les nouvelles églises congolaises en Belgique et les jeunes issus de l'immigration. Plus précisément, elle s'interroge sur le lien entre ces pratiques spirituelles et religieuses et l'impulsion d'une dynamique du « bien vivre ensemble aujourd'hui », dans une Belgique multi- et inter-culturelle.

Excellente lecture !

Patricia ALEN, IRFAM

« Medimmigrant » :

L'accès aux soins de santé des personnes en situation de séjour précaire

'Medimmigrant', asbl active en région bruxelloise et issue de l'asbl 'Steunpunt Mensen Zonder Papieren', a été créé en 1998 afin d'assurer le droit aux personnes sans séjour légal ou avec un statut de séjour précaire en Belgique d'accéder aux soins de santé. 'Medimmigrant' n'est pas un service médical, mais oriente les demandeurs d'aide vers les services appropriés. Le public auquel s'adresse 'Medimmigrant' vit à Bruxelles, souvent en marge de la société et dans des conditions de vie très précaires. Dépendant de l'aide d'éventuels amis ou des faibles revenus que leur rapportent de petits boulots en noir souvent mal rétribués, ils ne sont la plupart du temps pas, ou plus, en mesure de payer leurs soins de santé, surtout quand ceux-ci sont particulièrement onéreux ou bien quand leur état nécessite des soins réguliers.

Les maux, et par conséquent les besoins, sont divers; toutefois, 'Medimmigrant' est le plus souvent contacté quand les besoins sont urgents et vitaux : diabète, dialyse, femmes enceintes sans suivi ... Les personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques sont également nombreuses. De même, leurs parcours, leurs conditions de vie, l'instabilité juridique et le manque de perspectives futures semblent être des sources de stress et de troubles psychiques plus ou moins sévères. Les remèdes de ces maux sont bien sûr médicaux, mais d'autres facteurs doivent aussi être pris en compte. Ce public en est souvent bien conscient et sait qu'il doit chercher des perspectives d'avenir réalistes, que ce soit ici (la plupart attendent une réponse d'une demande d'asile ou de régularisation) ou ailleurs (dans le pays d'origine ou dans un autre pays où ils ont gardé des accroches). 'Medimmigrant' encourage ainsi les personnes à réfléchir à leur perspective de séjour et les informe de la possibilité de recevoir un soutien médical en cas de retour volontaire. En attendant, et afin de survivre dignement tout en gardant son indépendance, un permis de travail est, pour ceux qui en ont les capacités physiques, souhaité et souhaitable.

Afin de pouvoir mener une vie digne, l'accès aux soins de santé est assurément un élément fondamental. Au fil des ans, la société belge a mis en place un système de sécurité sociale permettant à tous ses citoyens d'accéder aux soins de santé. Ce système d'accès aux soins se matérialise dans l'assurance obligatoire et est basé sur un principe fondamental : celui de la solidarité. Par essence démocratique, il permet de réduire les inégalités.

Malheureusement, il y a en Belgique un certain nombre de personnes qui ne jouissent pas de ce système de sécurité sociale. Un faible pourcentage de ces personnes a pourtant droit à cette assurance maladie, mais n'y est pas affilié en raison de circonstances extérieures (ex. des gens du voyage, des sans-abri et sans-logis, ...). D'autres personnes qui ne disposent que d'un titre de séjour limité en Belgique ou qui n'ont pas de statut de séjour légal n'ont par contre pas droit à l'assurance maladie. En cas de besoin, elles doivent alors faire appel à d'autres systèmes.

En Belgique, les personnes sans séjour légal ont droit à l'Aide Médicale Urgente ; en 1996, l'Etat belge a défini dans un Arrêté Royal les conditions d'accès et les différents soins qui pouvaient être pris en compte pour un éventuel remboursement. Le droit d'être aidé est donc réel et les chiffres montrent que beaucoup de personnes, surtout dans les grandes villes, font appel à cette procédure qui semble simple : la personne sans séjour légal qui nécessite des soins doit s'adresser au CPAS de la commune de son lieu de séjour ; elle doit d'abord attester par un certificat médical de la nécessité des soins médicaux et démontrer ensuite son indigence. Le CPAS effectue alors une enquête sociale afin de décider si, oui ou non, l'aide est accordée. Si toutes les conditions sont remplies et que le CPAS intervient, l'Etat remboursera en principe au CPAS tous les soins qui possèdent un numéro de nomenclature INAMI (consultations chez un médecin, médicaments, hospitalisations ...).

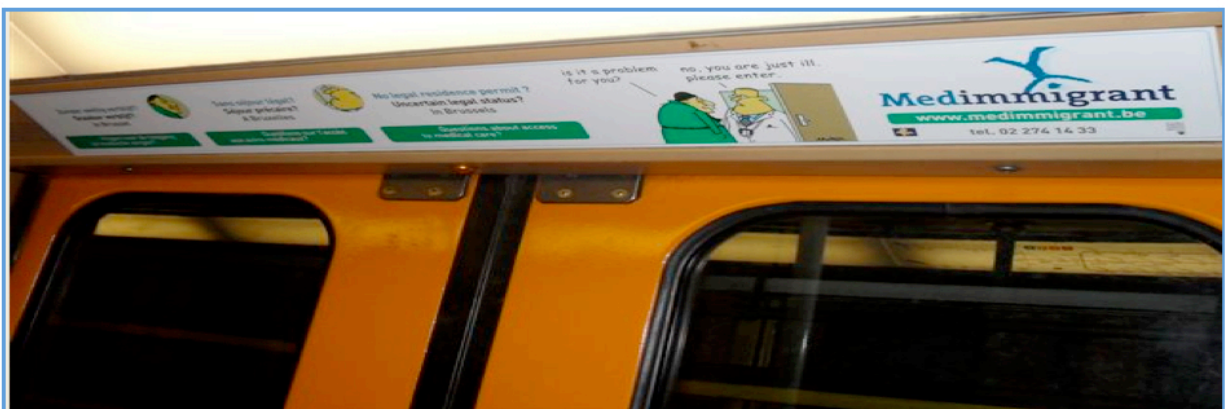
Mais de nombreux problèmes peuvent survenir et empêcher le bon déroulement de la procédure ou la retarder. Malheureusement, découragés par les longs délais d'attente, la complexité de l'administration, la barrière linguistique et culturelle, le peur d'être arrêté, ... nombreux sont ceux qui font le choix de laisser leurs problèmes médicaux de côté. Ils attendent alors que le mal disparaisse ou qu'il soit assez grave pour être accepté par les services d'urgences d'un hôpital. De leur côté, les CPAS sont débordés. Ils se plaignent du nombre important de demandes et de la complexité des réglementations qu'ils doivent respecter pour être remboursés par le gouvernement.

A titre d'exemple, une personne souffrant de problèmes psychiques pourra faire appel à la procédure 'Aide Médicale Urgente' pour une consultation chez un médecin généraliste ou chez un psychiatre. En effet, le psychiatre est un médecin et, à ce titre, peut remplir des attestations d'Aide Médicale Urgente. S'ils ont un numéro de nomenclature, les médicaments éventuellement prescrits par le médecin pourront être pris en charge. Attention, des consultations chez un psychologue ne sont pas remboursées dans ce cadre, car le psychologue n'est pas un médecin. Le CPAS pourra néanmoins toujours intervenir sur fonds propre et il existe aussi des centres de santé mentale qui adaptent le prix de leurs consultations en fonction des revenus de la personne. Des personnes sans revenu ne paient donc pratiquement rien ... Notons également que depuis 2006, les soins psychiatriques prodigués dans une institution psychiatriques sont aussi considérés comme de l'Aide Médicale Urgente. Une hospitalisation dans un hôpital psychiatrique pourra donc être prise en charge ; les habitations protégées quant à elles restent exclues ce système ...

'Medimmigrant' est souvent contacté par des personnes souffrant de troubles psychiques. Dans le domaine de la santé mentale, les différences culturelles sont particulièrement marquées et ces personnes ne comprennent pas toujours notre approche 'occidentale' en matière de soutien psycho-social. Dans le domaine de la santé en général, et plus particulièrement dans le domaine des soins de santé mentale, il faut impérativement tenir compte des différentes sensibilités culturelles. Les travailleurs sociaux, de leur côté, peuvent également apporter un soutien aux personnes sans séjour légal en les encadrant, par exemple, dans leurs recherches d'activités et de projets, en les aidant à renforcer leur réseau social, en faisant avec eux le point sur leur parcours ... La combinaison sans-logis et mal-être psychique semble survenir plus souvent chez les personnes sans séjour légal que chez les personnes avec titre de séjour. Le « *sans-abrisme* » renforce la crainte d'être arrêté en rue et complique le suivi d'une éventuelle procédure de régularisation de séjour ...

En Belgique, de nombreuses pistes d'amélioration existent. C'est ainsi que, partant des principes d'égalité et de solidarité, 'Medimmigrant' souhaite que l'accès aux soins de santé soit le plus homogène possible. Notre système mutualiste est sur ce plan et à nos yeux le plus performant sur le plan humain. La santé publique de manière générale recommande d'ailleurs un accès efficient aux soins de santé pour tous. C'est un gage positif pour le bien-être de la société de manière générale. Si nous souhaitons améliorer le système actuel, c'est aux mineurs qu'il nous faut être attentif : il est hautement souhaitable qu'ils ne soient pas plongés dans le même bain que leurs aînés.

Finalement, nous ne devons pas oublier que l'attention portée aux droits fondamentaux en Belgique doit être accompagnée sur le plan international d'une politique où les causes de migration sont prises en considération. Nous pensons notamment au niveau de vie, à l'accès aux services de santé, aux conditions de travail ... La défense de ces droits fondamentaux ne peut se limiter au territoire belge. Un travail important doit également être mené à l'échelle européenne et mondiale ...



« *La place des personnes issues de l'immigration au sein des Services de Santé Mentale* »

Jean-Marie KREUSCH
Logopède, Directeur administratif du Service de Santé Mentale de Visé (AIGS)
Président du Conseil d'Administration de l'IRFAM

Culture, temps disponible et langue. Voilà ce que vous diront les acteurs de terrain de la santé mentale si vous les interrogez à propos de ce qu'ils pensent du binôme santé mentale et migration. Nous l'avons testé ...

Il n'entre pas dans nos intentions de porter des jugements, de dénoncer ou de critiquer. Il n'entre pas plus dans nos intentions de policer notre propos de teinture « politiquement correct » au jeu de l'hypocrisie. Qu'on ne s'y méprenne, il existe bien des centres qui réalisent la prise en charge, sous des formes diverses de ces usagers. Le plus souvent il s'agit de services très spécialisés.

Nous nous limiterons au territoire de la Région Wallonne avec trois initiatives. La première à Liège (« Tabane »), la seconde à Namur (« Clinique de l'exil ») et la troisième à Charleroi (« Santé en exil »). Il s'agit d'équipes spécialisées, ayant des missions spécifiques dans le cadre du décret qui organise les services de santé mentale en Région Wallonne.

Au-delà, le problème existe et il faut le souligner afin de lui faire une place et tenter de le résoudre. Statistiquement, le taux de demandes de consultations, au sein des Services de Santé Mentale (SSM) dits « généralistes », provenant des populations issues de l'immigration est très faible. Quelles en sont les raisons ?

Pour en savoir plus, pour poser le débat, sans intentions scientifiques et sans précaution aucune, nous avons consulté, informellement, quelques-uns de nos collègues, et ce dans plusieurs services. Nous ne sommes pas spécialistes de la question. On se verra témoin de leurs réponses et locuteur de notre propre analyse. En quelques points, les constats à prendre ou à laisser ...

De quoi parle-t-on ?

Quand on ne maîtrise pas un sujet, on a bien trop tendance à le circonscrire à quelque chose d'étroit, sans nuance ni diversité. C'est un des problèmes à soulever ici. Qu'entend-on par santé mentale et personnes issues de l'immigration ? De quelles générations parlons-nous ? De quels pays et cultures d'origine ? De quelles situations vécues ? Sommes-nous en train d'évoquer des questions de médiation, d'accompagnement de mineurs étrangers, de sans-papiers, de demandeurs d'asile, de primo-arrivants, d'adoption, de réfugiés ... ou encore de psychiatrie au sens occidental du terme ?

Pratiques, méthodologies et systèmes

L'histoire de la santé mentale hospitalière et l'histoire de l'ambulatoire ont occupé, durant de nombreuses années, le devant de la scène de la psychiatrie, de la psychologie et maintenant du psychosocial, déclinés sous toutes leurs formes, dont celle des services de santé mentale. Le focus était porté bien plus sur la question des « écoles de pensée » de chacun (psychanalyse, clinique psychodynamique, approche systémique, etc.) que sur la question de l'usager, de ses besoins et de son contexte de vie ou encore de la réponse au besoin fondamental de l'élargissement du concept de maladie à celui de qualité de vie. Le courant actuel tend à replacer l'usager comme acteur et au centre de son parcours.

Se confronter à des populations nouvelles est inévitablement porteur de nombreux et grands changements. Par exemple, envisager et faire sien le travail en groupe, entrer dans le champ du collectif, ou encore envisager la primauté du contexte social de la demande. Qui ne se souvient, dans les services de santé mentale, sujet d'ailleurs toujours brûlant pour certains professionnels, voire pour certains services, de la place - nous parlions bien de la place de l'utilisateur issu de l'immigration dans l'intitulé de notre propos - laissée ou à laisser à d'autres populations que celles fréquentant régulièrement et quasi spontanément nos services ? Je veux ici parler des services offerts aux personnes handicapées, aux adolescents et maintenant aux personnes âgées, population pour laquelle la Région Wallonne a également initié des missions spécifiques (Malmedy et Namur). Différence avec les personnes issues de l'immigration, les problématiques des adolescents et progressivement de nos seniors percolent lentement vers les centres « généralistes » implantés dans l'ensemble de nos provinces wallonnes.

Qualification

Ce que nous évoquons ci-dessus pose donc la question, entre autres, des compétences. Les travailleurs des SSM se sentent et se disent trop peu formés pour aborder ces problématiques. Il s'agit - mais il ne s'agit pas que de cela - si pas d'une défense à tout le moins d'une appréhension difficile de ce nouveau challenge qu'auront pourtant, et de plus en plus, à relever les praticiens de la psychiatrie sociale et de proximité.

La question du temps

Tout logiquement, la parole des travailleurs des SSM, déjà forts sollicités par un ensemble de missions, va vers la question des moyens, argument classique de la résistance au changement utilisé pour assurer le *statu quo*, mais aussi réalité quotidienne à entendre avec grande écoute.

Il est « mathématiquement » clair que, quelles que soient les pratiques nouvelles (groupe, thérapie brève, organisation encore plus performante des services, ...) développées au sein des SSM, que l'ajout de nouvelles demandes émanant de populations spécifiques engorgera encore plus les services qu'ils ne le sont déjà, rendant insupportable pour les travailleurs, mais aussi pour les usagers, les « listes de situations en attente » - nous refusons ici de parler de « liste d'attente » synonyme de manque de respect à la fois des personnels et des bénéficiaires dès lors traités comme des numéros et non plus comme des personnes ! Précaution linguistique bien plus porteuse de sens qu'il n'y paraît quand on parle de la place de l'utilisateur. Faute de moyens supplémentaires, et soyons réalistes malgré des convictions humanistes, nous ne vivons pas une époque qui permette d'envisager des budgets extraordinaires pour répondre à ces attentes des uns et des autres, prestataires et bénéficiaires d'aide, solidaires d'un même projet, il faudra le plus équitablement partager ce gâteau placé sur une table autour de laquelle de plus en plus de « clients » viennent s'asseoir.

Cultures, demandes, besoins et contenu

Nous avons beaucoup de choses à apprendre et d'abord accepter l'idée d'un questionnement sur le rôle de nos services en regard à la réalité des besoins, dont ceux à la fois communs aux personnes fréquentant déjà nos centres, et particuliers de par la nature d'une culture différenciée. La place du soignant, sa position sociale, le rapport aux soins et à l'aide pour le consultant, voilà quelques ébauches de réflexion qui devront être enrichies et lues à la lumière de cette double appréhension entre culture de soins locale et culture de vie des usagers étrangers ou d'origine étrangère.

Comme nous le faisait remarquer un de nos interlocuteurs, ce n'est pas de formation savante particulière dont nous avons besoin dans un premier temps, mais d'une culture d'initiation à celle d'autrui, visant à inscrire notre approche et nos sensibilités, à travers un questionnement sur nos représentations mentales, dans le contexte de vie pour nous trop inconnu des personnes étrangères. C'est le point de départ d'un travail de décodage sur le possible.

La barrière de la langue

Historiquement basée sur le verbe, notre propre culture de l'aide aux personnes est évidemment prise en défaut quand la parole ne peut circuler. C'est un phénomène déjà connu par les SSM en regard au travail réalisé avec certaines populations. Nous pensons, et ceci sans en faire une généralité, à des familles précarisées, à des personnes n'ayant pas accès facilement à la parole pour des raisons de déficit intellectuel ou sensoriel ou d'éducation notamment. Les SSM ont dans ces cas construit de nouvelles approches méthodologiques. Il devrait en être de même pour les usagers qui parlent une autre langue que la nôtre.

Se pose alors plusieurs problèmes. Celui méthodologique, d'abord, de l'introduction d'un tiers dans le rapport entre le professionnel et le consultant : l'interprète. Cette triangulation de la relation a des effets que l'on ne peut nier. Nous n'avons pas dit uniquement ... négatifs. C'est un fait cependant que cela perturbe la méthode qui privilégie le rapport singulier jusque là réservé à deux parties, et donc remet en cause un cadre de travail pris en faute, car n'étant plus adapté à la situation, voire à ce type de consultation.

Le recours à des services d'interprétariat est possible. Ils sont organisés et à la disposition des services et de leurs usagers. Mais ils posent d'autres problèmes bien plus terre-à-terre que celui de la méthode et des dogmes psychothérapeutiques qui eux aussi sont source d'immobilisme.

Le coût

C'est bien du coût que nous voulons parler. Il est évident que ce dernier n'est pas excessif et il est légitime que chacun soit payé pour son travail. Selon nos sources, 7 euros sont demandés pour une prestation d'interprète. Ajoutez-y 5 à 10 euros pour le prix de la consultation d'une demi-heure à une heure en SSM. Le total est alors de 12 à 17 euros. Ajoutez encore la participation aux frais de déplacement de l'interprète selon les barèmes et vous obtiendrez, pour des personnes distantes d'une quinzaine de kilomètres de l'interprète, un coût équivalent ou supérieur à celui pratiqué par des praticiens indépendants. Etonnant paradoxe.

Ceci pose naturellement souci quand on sait que la plupart des personnes ne parlant pas notre langue vit des situations socio-économiques délicates ou ne perçoivent que peu l'intérêt, pour elles et leurs proches, de consulter nos services. Ces éléments ne facilitent donc pas l'accessibilité à l'aide en santé mentale et pose la question, indirectement, de la proximité.

Proximité

Nous l'avons vu, les centres spécialisés que l'on ne peut multiplier budgétairement sont situés dans des villes de grande taille, sur la dorsale du bassin industriel wallon. Les services locaux de petites villes ou de zones rurales sont également couverts par les SSM. Ces régions sont pareillement habitées par des populations issues de l'immigration. Le coût des prestations, aussi minime puisse-il être considéré par certains, ne donne pourtant pas, dans la réalité des faits, accès facilement à ces personnes en souffrance.

Conclusions

Nous n'avons pas la prétention d'apporter des éléments nouveaux, mais bien l'idée de les sérier sur base de notre perception toute personnelle. Nous sommes optimistes. Ceci ne transparait pas ? On ne peut être qu'optimiste quand on connaît la faculté, le plus souvent, des professionnels de la santé mentale à s'adapter à des nouveaux défis et celles des migrants à tenter de trouver place dans la société.

Nous voudrions conclure par quelques pistes de travail ... pour passer de l'optimisme à l'opérationnalisation future :

- Ouvrir un débat avec les agents des SSM et dialoguer avec les autorités publiques ;
- Produire une réflexion, ainsi qu'un travail personnel et collectif sur l'appréhension de l'« autre » ;
- S'inspirer des pratiques en cours dans les équipes spécialisées ;
- Analyser les questions de proximité et d'accessibilité ;
- Inscrire la santé mentale dans le champ plus large de la vie dans la commune ;
- Prendre en compte les questions de coût et de financement ;
- Expliciter les attentes de la société vis-à-vis des dispensateurs et des utilisateurs de soins : droits et devoirs de chacun en tant que citoyens, débat politique, protection des libertés individuelles ;
- Répartir éthiquement et équitablement l'offre de services en considérant les personnes issues de l'immigration.

Les questions de culture, d'interculturalité et de formation ont bien sûr leur sens, mais c'est en envisageant un certain pragmatisme, non violent et menant au changement, que la rencontre entre offres et besoins, entre citoyens porteurs d'aide et demandeurs d'aide, pourra se réaliser. C'est aussi, et à notre avis surtout, à ces conditions que la question de la place de la personne issue de l'immigration au sein des services de santé mentale trouvera un début de réponse.

Tabane ou comment co-construire les chemins de l'autonomie

Patricia ALEN,
Chargée de recherche et formation - IRFAM



Créée en 2007, l'asbl Tabane, du nom d'un grand guérisseur traditionnel sénégalais, fait la part belle à l'accompagnement psychosocial des migrants ayant de graves problèmes de santé mentale. Cette approche novatrice a pu voir le jour, entre autres, grâce à un financement obtenu dans le cadre du projet FER 2009. Quelques mois après le démarrage, les premiers résultats sont plus qu'encourageants.

*« Depuis un an, je suis lié à Tabane, c'est un repère.
C'est une boîte qui a changé ma vie. Qui m'a donné de l'espoir, l'envie de revivre, de me battre. »*

*« J'étais comme un oiseau qui perd ses ailes et qui se réfugie ans un arbre. Ici, j'ai trouvé le réconfort, l'amour.
Quand tu es en souffrance à ce moment-là, tu as plein de choses dans la tête et je n'ai pas de crayon pour l'écrire. »*

« En haut, c'est Dieu qui peut m'aider ; ici en bas, c'est Tabane ! »

Ces paroles extraites d'entretiens menés avec différents patients résument à elles seules la philosophie du dispositif Tabane. Celui-ci accueille et prend en charge des migrants de tous horizons dont les problèmes de santé mentale peuvent être difficilement appréhendés par les méthodes classiques.

Créée en 2007 dans la foulée de « Racines aériennes », l'ASBL a acquis une grande pratique des situations psychotraumatiques auxquelles sont confrontés ses publics. Déracinement, traumatismes suite à des violences subies en cas de guerre ou de conflit, rupture des liens, douleur du parcours d'exil, problèmes d'acculturation, précarité liée au statut administratif, ... Autant de situations auxquelles deux psychologues à mi-temps, deux assistantes sociales à temps plein, un psychiatre, une secrétaire, un coordinateur et trois bénévoles (étudiant en psychologie, ...) tentent d'apporter une aide. Pour cela, ils proposent une approche singulière basée tant sur les consultations individuelles que sur les séances ethnopsychiatriques en groupes.

Particulièrement attentive aux systèmes culturels et symboliques qui caractérisent ce type de population, cette équipe multidisciplinaire s'adresse tant aux individus qu'aux familles, aux couples ou aux institutions. Plus de la moitié des consultations se déroulent avec l'aide d'interprètes.

Situés à Liège dans un quartier aux allures de « *no man's land* », difficilement accessible en bus, les locaux de l'association sont loin d'être attirants dans un premier temps : un hall étroit en guise de salle d'attente, une salle polyvalente servant tantôt de réfectoire, tantôt de salle de réunion ou de lieu d'attente pour les interprètes. Du passage, du bruit ... Bref, des conditions d'accueil et de travail loin d'être optimales. Et pourtant, environ 400 patients trouvent chaque année le chemin de Tabane. Odeur du café chaud, jouets trainant çà et là, spontanéité et disponibilité des travailleurs sociaux ... un petit refuge où règne une atmosphère chaleureuse et familiale.

En plus de ces 400 demandes traitées en interne, 200 ou 300 (selon les années) sont réorientées après analyse vers des services non spécifiques aux migrants tels que des services de santé mentale, des PMS, des maisons médicales, des plannings familiaux, etc. Et ce pour deux raisons : d'une part, l'impossibilité « technique » pour l'association de traiter plus de dossiers sans élargir son équipe ; d'autre part, une volonté de ne pas se substituer aux autres acteurs du réseau. « *Politiquement, nous pensons que les services généralistes doivent aussi pouvoir apporter une réponse à ce type de public. Il ne faut pas que le réseau soit désresponsabilisé par rapport à ces problématiques* », nous confie Luc Snoeck, le coordinateur. « *Si je prends l'exemple d'une jeune fille turque qui a des problèmes de positionnement par rapport à sa famille ou qui est confrontée à un conflit intergénérationnel lié à l'adolescence, c'est plutôt du ressort d'un planning.* »

La majorité des personnes qui transitent par le centre sont des demandeurs d'asile et des réfugiés (75 %), des sans-papiers (18 %), des personnes installées dans le cadre d'un regroupement familial ou des enfants d'immigrés (6 %) et quelques enfants adoptés. Celles-ci sont originaires de 44 pays différents, issus principalement du Maghreb, des Balkans, de diverses régions d'Afrique dont les Grands Lacs, la Russie et, enfin, du Moyen-Orient. Parmi ces patients, presque autant de femmes que d'hommes.

En tout, cela représente une cinquantaine de consultations par semaine. La plupart du temps des personnes aiguillées par d'autres partenaires de la région liégeoise : principalement les centres ouverts Croix-Rouge, Fedasil et les ILA des provinces de Liège et de Luxembourg. Et L. Snoeck d'ajouter : « *Tabane est l'une des principales ressources pour l'accompagnement psycho-médico-social dans la région, voire la seule à être spécialisée dans ce travail. A côté de cela il y a les maisons médicales, les CPAS, ... qui orientent les gens sur base de notre expertise.* »

Une procédure d'accès au service en plusieurs temps favorise l'émergence d'une écoute de qualité et d'une prise en charge adéquate. Ainsi, deux à trois entretiens téléphoniques ont lieu afin d'évaluer ce qui justifie la demande. Celle-ci est ensuite analysée lors d'une réunion d'équipe hebdomadaire afin de formuler la réponse la plus adaptée. Si le dossier est accepté, un rendez-vous est proposé pour un entretien d'accueil avant le début de l'intervention psycho-médico-sociale proprement dite. Intervention à laquelle aura droit toute personne en besoin quel que soit son statut et sa situation financière. Car la priorité de Tabane est de favoriser l'accès aux soins pour tous.

Le projet FER ou la co-construction d'un accompagnement ethnopsychosocial

Face à l'augmentation significative des demandes d'asile ces deux dernières années et à la saturation du réseau d'accueil coordonné par Fedasil, en 2009, les professionnels de la santé mentale se trouvent sans cesse confrontés à de nouvelles demandes entraînant une surcharge de travail.

De son côté, Tabane est de plus en plus consciente de la complexité des besoins de son public et de la difficulté de satisfaire aux conditions de bien-être de celui-ci. L'équipe souhaite trouver de nouvelles réponses et développer d'autres pistes de travail. Elle entame alors une réflexion sur la spécificité des dispositifs qu'elle propose. Celle-ci débouche, notamment, sur la co-construction d'un accompagnement ethnopsychosocial. Partant de l'hypothèse que pour améliorer la santé psychique des personnes, il s'agit d'agir aussi au niveau social et en particulier de manière collective tout en articulant ces interventions avec la prise en charge médicale et psychothérapeutique. Avec deux approches : l'une individuelle et l'autre collective.

Un dossier est introduit dans le cadre du projet FER 2009 (Fonds Européen pour les Réfugiés) et démarre en avril 2010 avec un cofinancement de 50 %. Une assistante sociale est engagée spécifiquement pour ce projet qui doit se terminer en 2012. Même si, comme le précise Mr Snoeck, « *l'objectif est d'aller au-delà, afin de poursuivre la dynamique quitte à trouver d'autres sources de financement* ».

A travers la mise en place d'activités, l'objectif est de restituer la place de chacun dans son environnement, de valoriser certaines ressources et de favoriser la restauration ou l'émergence de liens sociaux. Parmi celles-ci on retrouve un groupe de parole, un groupe de recherche de logement, ou encore un atelier de soutien à l'habitat autonome. Ce dernier comprend diverses initiatives qui favorisent la construction du lien social, de l'identité, de l'intégration, ainsi qu'une forme d'éducation à la citoyenneté. Le but recherché ? Acquérir des outils indispensables pour atteindre une certaine autonomie et vivre en harmonie avec l'entourage (voisins, ...).

Si les premiers retours montrent que ces espaces de socialisation s'avèrent importants notamment parce que les participants trouvent une place dans un groupe, nouent des contacts et se sentent soutenus dans leurs problèmes, ce processus va plus loin et débouche aussi sur des échanges de savoir-faire de la vie courante ou sur des débats autour de questions culturelles ou religieuses. Et c'est là la force de Tabane, conjuguer accompagnement et mise en autonomie dans une approche participative, car la plupart des démarches proposées le sont à la demande des patients et avec eux. La finalité étant de se situer au plus près de leur réalité et à l'écoute de leurs limites personnelles.

Sur le terrain les pratiques se veulent souples : il s'agit de regorger d'inventivité. Camille Soyeur, assistante sociale en charge du projet en témoigne : *« Au niveau du groupe de parole, les choses se mettaient en place plus lentement que ce qu'on avait imaginé, car on a réalisé que les gens avaient des difficultés à parler d'eux alors qu'ils se connaissent très peu. Sur base de ces constats, j'ai imaginé toute une série de stratégies pour intégrer cette prise de parole au sein d'atelier plus concrets ou plus parlant pour eux. C'est ainsi que dans le cadre de l'atelier cuisine, après trois rencontres, j'ai réussi à intégrer un jeu qui comprenait une dimension d'expression de soi ».*

L'idée est d'abord de créer un climat de bien-être qui débouchera ensuite sur la prise de parole. Car, un des enjeux pour les personnes traumatisées est de réactiver leur capacité à nouer des relations. C'est pourquoi, l'équipe a souhaité envisager l'élaboration des projets dans une dynamique de co-construction avec les personnes elles-mêmes. *« Les visites des serres du Jardin botanique illustrent clairement cette volonté d'adapter notre programme aux demandes des gens. Au départ, nous avons réalisé que trois, quatre personnes du groupe étaient passionnées de jardinage, nous avons répondu par la mise en place du potager, l'aménagement du jardin des nouveaux locaux et cette sortie lors de laquelle les personnes retrouveront des plantes de leur pays ce qui constitue une façon de retomber sur des choses positives qu'ils peuvent partager avec d'autres »,* ajoute l'assistante sociale.

Une autre priorité est d'aborder ces thèmes à travers un prisme différent. Ce type de détour ayant pour effet d'initier des modes d'expression sur les rites et la culture de chacun. *« Le mode ludique crée le rire, l'humour, une ambiance et un contexte qui facilite l'expression de choses gaies et pas toujours des problématiques douloureuses déjà abordées en suivi psychologique. Tout comme parler du pays à travers les plantes ou la religion est un retour aux sources abordé d'une manière plus positive que ce qu'ils sont amenés à faire au Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides ! »,* précise C. Soyeur.

Quant à l'impact de cette nouvelle approche, elle commence à être tangible par les professionnels, bien au-delà des bénéfices retirés et exprimés par les participants. Ils sont dès lors demandeurs, car cette formule apporte une dimension qu'il n'existe pas dans le cadre des consultations. *« Il arrive que les psychologues constatent des changements dans l'attitude de leurs patients. C'est le cas notamment d'un monsieur qui s'exprimait très peu en entretien individuel et qui a commencé à s'ouvrir de plus en plus. Parallèlement à ça, la psychologue retire beaucoup de plaisir lorsqu'elle rencontre les patients en dehors des consultations, par exemple, dans le cadre d'un atelier cuisine ou à la fête de fin d'année. Cela lui permet d'assister à leur évolution dans un autre contexte. »*

Autres effets constatés par l'équipe : l'attitude des patients, leur respect, leur engagement et leur intérêt par rapport au travail des accompagnateurs, ainsi qu'une adaptation significative au rythme. Pour l'assistante sociale de Tabane, cela se traduit par de petits gestes au quotidien *« beaucoup nous contactent s'ils sont en retard, on observe un plus grand respect des horaires... ».*

L'implémentation de ce projet a également pour objectifs de renforcer ou initier de nouveaux liens avec des organisations du réseau et d'évaluer la démarche. Ces liens sont d'une part axés sur le partage d'expérience à travers la connaissance et l'utilisation « des relations-ressources » ; d'autre part, ils visent la création de partenariats pour la mise en œuvre des projets. Ainsi, les travailleurs sont allés à la rencontre de diverses institutions telles que « Reflets d'exil » à Marche ou le CPCR situé dans le quartier. Mais le partenaire privilégié de l'association reste sans conteste le « Club André Baillon », un centre de santé mentale de Liège.

Cette complémentarité de longue date s'est tissée à travers l'implication du personnel du Club dans le processus Tabane et l'intégration de son public dans les projets du C. A. B. Elle permet entre autres d'éviter de tomber dans le piège des « activités ghetto » puisqu'elle entraîne une mixité sociale au niveau des publics.

Outre ces activités collectives, l'équipe Tabane propose un accompagnement social individualisé lors des entretiens dans les locaux de l'ASBL ou sous forme de suivi sur le terrain pour certaines démarches. L'aide à la recherche d'un logement, le contact avec un avocat, la recherche d'une formation (notamment celles proposées par Article 23) ou de cours de français ... sont autant d'actes qui participent indirectement à l'épanouissement des personnes. Grâce à cette prise en considération de leurs besoins urgents ou primaires elles se sentent libérées et peuvent se tourner vers leur développement personnel.

Malgré ces premiers résultats plus qu'encourageants, quelques difficultés apparaissent. Parmi celles-ci, le barrage de la langue pour les personnes ne maîtrisant pas le français ou le besoin pour certains participants de sentir des bénéfices directs en termes d'insertion professionnelle, etc. « *C'est le cas notamment des personnes originaires du Caucase* », précise Camille Soyeur, « *alors que les activités semblent plus faciles à mettre en place avec les personnes originaires d'Afrique* », ajoute-t-elle.

Evaluer l'impact du projet

Puisque ce projet se veut une expérimentation d'une nouvelle façon d'aborder les problématiques de santé mentale de son public, il est apparu essentiel aux yeux des initiateurs d'évaluer la méthode et les effets de celui-ci. C'est pourquoi Tabane a passé une convention avec L'Institut de Recherche et Formation sur les Migrations. L'ambition de cet accompagnement est, selon Altay Manço directeur scientifique de l'IRFAM, « *d'aider à produire du savoir et du savoir-faire autour du projet FER, à travers une méthodologie donnée* ». La procédure de suivi et d'évaluation proposée par l'IRFAM consiste en la création de stratégies d'évaluation avec les pilotes du projet, le développement de recueil de données qualitatives et quantitatives sur l'action, la création de stratégie d'analyse de celles-ci, la rédaction de notes et de rapports et la présentation des résultats et recommandations lors des réunions d'équipe. Concrètement, cet accompagnement se traduit par deux rencontres bimestrielles. L'une avec l'équipe et l'autre avec les pilotes du projet (l'assistante sociale et le coordinateur).

Du point de vue de Luc Snoeck, l'accompagnement méthodologique de l'IRFAM a vite évolué vers un soutien au pilotage et à la réussite du projet grâce à l'intégration d'outils d'évaluation continue. L'intérêt de ce processus, selon Camille Soyeur, réside dans le fait que ces éléments sont apportés « *par quelqu'un d'externe qui a un regard neuf, du recul, une expertise extérieure et donc un champ de vision plus large. Cela débloque des situations, car l'IRFAM pointe des éléments auxquels on n'aurait jamais pensé. Par exemple, comment élargir l'accès à des nationalités qui sont peu présentes au sein des groupes, voir si c'est pertinent de les inclure ou si c'est préférable de ne pas forcer les choses, etc.* ».

En pratique, ce suivi a mis en exergue des éléments à modifier, à revoir et à réajuster. Parmi ceux-ci, l'aménagement des locaux. Partant du postulat que pour la co-construction de projets implique l'appropriation du lieu par les participants. Or, les locaux actuels n'offrent ni l'espace, ni la configuration nécessaire à cette dynamique. Puisque Tabane va emménager dans de nouveaux locaux nettement plus spacieux en mars-avril 2011, le principe retenu est de dédier un espace au projet FER comprenant un bureau pour la personne en charge du projet, mais aussi divers lieux d'accueil aménagés de façon spécifique. Pour Camille, « *l'idée est que les gens puissent venir spontanément et de manière autonome, et discuter éventuellement librement d'une activité sans toujours le prévoir à l'avance. Pour co-construire il faut des endroits chaleureux. Ce genre d'espace intimiste suscite l'échange et la créativité* ». Pour rester dans l'esprit de la dynamique mise en place, les usagers sont associés à cette réflexion.

Offre de collaboration

Vous êtes psychiatre (ou connaissez un confrère, une consœur), le travail avec des migrant-e-s et l'ethnopsychiatrie vous intéressent, vous disposez de quelques heures hebdomadaires à consacrer à cette approche. Contactez l'asbl TABANE :

tabane@skynet.be

L'interculturalité en question : que l'esprit heuristique ait place dans l'espace du dogme ...

Nabil Hajji

Adjoint de Direction à l'Institut pour le Travail éducatif et social (I.T.E.S.), Brest, France

La rationalisation et la réduction des lits dans le secteur psychiatrique ont comme effet d'initier des nouvelles modalités de prise en charge des personnes : Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), Service d'accompagnement médicosocial (SAMSAH), accueil familial, etc. Ces nouveaux professionnels du sociosanitaire ne sont pas suffisamment préparés pour accompagner le public en souffrance, notamment quant ces derniers, de plus en plus nombreux, sont d'origine étrangère. Dans cet article, nous tentons de montrer comment l'approche interculturelle est contributive au perfectionnement de la prise en charge de ces publics. Le second objectif sera de décrire comment les différentes déclinaisons de ce concept peuvent faire l'objet d'une modélisation et devenir opérationnelles dans une analyse des cultures professionnelles, notamment dans le cadre de l'accueil familial.

Le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 donne un cadre législatif aux services dédiés à l'accompagnement dans la vie ordinaire des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Il fixe leurs conditions d'organisation et de fonctionnement. Les SAVS et les SAMSAH ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médicosocial adapté comportant des prestations de soins, d'assurer des missions contribuant à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par la maladie psychiatrique. Par un accompagnement idoine, ils doivent favoriser le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires ou professionnels et faciliter l'accès des personnes souffrantes à l'ensemble des services offerts par la collectivité (Art. D. 312-155-9).

De plus en plus d'associations répondent favorablement à la demande du secteur psychiatrique, pour accompagner, dans une démarche d'insertion sociale et professionnelle, des personnes handicapées par la maladie mentale. Des collaborations se multiplient entre les travailleurs sociaux et les professionnels du secteur médical : psychiatrie hospitalière ou privée, médecine de santé publique, médecine générale. Ces associations accueillent des personnes reconnues travailleurs handicapés par la Maison départementale des Personnes handicapées (MDPH) via la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), présentant un handicap intellectuel ou psychique, et rendant nécessaires un accompagnement. Ce dernier s'avère complexe, en particulier lorsque ces publics sont de « culture étrangère ».

1. Quelques définitions

L'étymologie du mot *culture* (du mot latin *colere*, « habiter », « cultiver » ou « honorer ») suggère que la culture se réfère à l'activité humaine. Selon ses utilisations, ce mot oscille entre des significations sensiblement différentes, voire contradictoires. Il est à noter que le terme latin *cultura* renvoie à l'action de cultiver, notamment dans l'agriculture. Dans l'Histoire, l'emploi du mot s'est progressivement élargi aux êtres humains. On remarque que le terme « culte » a une étymologie voisine (du latin *cultus*) et qu'il est employé pour désigner l'hommage rendu à une divinité. La question qui se pose est de savoir comment en fournir une définition dépourvue d'équivoque puisque nombreuses en sont données qui, d'une part, ne s'accordent pas, et d'autre part, sont souvent porteuses d'idéologie (Mauviel, 1984). De l'ensemble de ces développements, je retiendrai la définition de Geertz (1973) pour qui la culture : « désigne un ensemble (pattern) de significations, transmis historiquement et véhiculé par des symboles, un système de représentation hérité des générations précédentes et exprimé sous des formes symboliques au moyen desquelles les hommes communiquent, perpétuent et développent leurs connaissances et leurs attitudes envers la vie ». Par ailleurs, ces significations constituent ce que Camilleri (1985) appelle le signe d'appartenance à un groupe social et résultent de cette appartenance.

Cohen-Emerique (1984) définit le *choc culturel* comme « une réaction de dépaysement, plus encore de frustration ou de rejet, de révolte et d'anxiété, en un mot une expérience émotionnelle et intellectuelle qui apparaît chez ceux qui, placés par occasion ou profession hors de leur contexte socioculturel, se trouvent engagés dans l'approche de l'étranger ; ce choc est un moyen important de prise de conscience de sa propre identité sociale dans la mesure où il est repris et analysé ». La question du choc culturel dans la rencontre avec l'autre met en exergue plusieurs écrans qui sont de trois natures : un écran personnel, un écran culturel et enfin un écran universel.

Dans la relation à l'autre, chacun conçoit la rencontre en référence à un ou plusieurs écrans l'enfermant sur lui-même. L'écran personnel est marqué par le sceau de l'égoïsme, celui du culturel est constitué des stéréotypes issus de son groupe d'appartenance. La prise en compte de cet écran d'origine socioculturelle comme critère de pensée et de norme mène à ce que l'on appelle l'ethnocentrisme. Quant à l'écran universel, c'est celui de l'humanité et renvoie à l'anthropocentrisme. Le moi comporte ainsi plusieurs niveaux : le niveau personnel, celui du groupe et enfin le niveau de l'humanité. Certaines personnes ne parviennent que rarement à dépasser le niveau de l'écran personnel. D'autres y parviennent pour demeurer au niveau de l'écran culturel. Rares sont ceux qui parviennent à s'inscrire dans une attitude universelle. Notre relation aux autres apparaît marquée, d'emblée, des traces de notre subjectivité. Ce n'est qu'au prix d'une élaboration sans cesse renouvelée autour de celle-ci que peut apparaître la lueur du dénouement de la rencontre avec l'autre, professionnel, bénéficiaire, immigré, etc.

Acculturation et déculturation sont deux autres concepts qu'il faut envisager. Pour le premier, le « a » n'est pas un « a » privatif, le terme désigne d'après le *Mémorandum du Social Science Research Council* (1936) : « *l'ensemble des phénomènes résultant du contact direct et continu entre des groupes d'individus de cultures différentes avec des changements subséquents dans les types de culture originaux de l'un ou des autres groupes.* » C'est un processus dynamique dans lequel s'engage une culture évoluant sous l'influence d'une autre culture. La déculturation qualifie, en revanche, la dégradation culturelle sous l'influence d'une culture dominante.

2. L'immigré maghrébin et les troubles psychiques

Plusieurs personnes que nous recevons pour une prise en charge et un soutien psychologique en référence au cadre ci-dessus, personnes adressées par des travailleurs sociaux ou médicosociaux nous disent explicitement que « *les médecins que nous consultons, suite à une prescription de la dame du Service social, ne comprennent rien. Dès que tu tombes entre leurs mains, ils te dépossèdent de ta personnalité, te dopent de toutes sortes de médicaments et de calmants. Ils te considèrent souvent comme dépressif. Parfois même c'est pire, ils te prennent pour une personne ayant perdu la raison, 'majnoun'* ». L'image est de Monsieur L'Filali qui m'a été adressé par un travailleur social de la Mutualité sociale et agricole pour un suivi psychologique. Mr L'Filali est arrivé en France en 1978.

« J'ai été sélectionné au Maroc, car l'inspecteur a estimé que j'étais fort physiquement. Il m'a fait porter deux seaux en zinc remplis de ciment, je les ai portés comme du vent. Après le médecin m'a regardé les dents, il m'a demandé de toucher le sol, puis de lire de loin, mais comme je ne sais pas lire, il m'a dit 'c'est bon'. Je suis sorti, quelques temps après, il y a un autre Monsieur qui est venu me donner un billet de train, un papier avec un numéro et un sac en plastique dans lequel il y avait un pain rond - w'allah je ne te mens pas docteur ! - une boîte de sardines et deux 'vache qui rit'. Ensuite, j'ai pris le train pour Tanger, l'Espagne - on était nombreux -. Arrivés à Cerbère - la frontière entre l'Espagne et la France - il y avait des cars qui nous attendaient, on y montait selon notre numéro. Certains sont partis dans le Nord, d'autres en Corse, d'autres dans le Sud, ... »

Depuis son arrivée, Mr L'Filali a toujours travaillé pour le même patron. Après une vingtaine d'années de loyaux services (entretien des vignes, pommiers, arrosage, cueillette, ...), Mr L'Filali se blesse avec un chariot de palettes, il perd légèrement la conscience, le fils du patron, dit-il, l'a conduit à l'hôpital. A sa sortie, il n'a pas pu obtenir une attestation d'accident de travail. S'en suit une perte de salaire, plus de deux ans de traitement médical spécialisé et généraliste et un cabas rempli de radios, d'ordonnances, d'attestations de capacité à reprendre le travail, d'arrêts maladies, de demandes de reconnaissance en tant que travailleur handicapé, ... Et puis, le diagnostic d'un psychiatre : Mr L'Filali souffre d'un traumatisme lié à son immigration ..., sa guérison et sa réinsertion passent par un suivi psychologique approprié ...

« Ecoute-moi Si (Mr) docteur, quand j'avais la santé je travaillai sans compter, aujourd'hui que j'ai mal au dos, je ne peux travailler et eux disent que je suis fou. Ce qui me rend fou se sont ces papiers, toutes ces démarches et ce qu'ils me donnent à manger, ... C'est vrai, ma tête on dirait un disjoncteur. Tu sais là où il y a plein de fils électriques et ça fait boom, boom, boom, ... »

Le suivi psychologique de Mr L'Filali a duré plus de deux ans avec des séjours au pays où il allait se reposer et consulter des thérapeutes traditionnels. Ce récit nous permet d'introduire le rapport que peuvent avoir de nombreux Maghrébins à la science qui malgré tous les efforts pour expliquer certaines maladies psychiques ou certains handicaps, reste encore insuffisante. Ceux-ci, pour calmer leurs angoisses, ont besoin de croire à autre chose, qui tend plus vers le concret que vers l'abstrait. La plupart des bénéficiaires d'origine maghrébine que nous recevons restent persuadés que la maladie ou tout handicap, de quelque origine qu'il soit, trouve son étiologie dans les pratiques magiques. Le jet de sort par un jaloux envieux, le mauvais œil et la possession par un *djinn* sont les premières réponses probables pour donner un sens à la maladie. La possession consiste en l'occupation de la personne par des entités surnaturelles appelées les djinns. Ces êtres occupent le dedans de l'individu en utilisant le corps d'une façon métaphorique. La personne est alors possédée ou *maskoun* à l'intérieur de son corps et de son âme. La thérapie traditionnelle consiste à expulser les djinns qui la possèdent. La personne atteinte de troubles (*maskoun*, *majnoun* ou encore *marbout* - chacun a une signification propre que nous ne pouvons développer ici) va avoir recourt à un *Fkih*, *Taleb* ou à un *Wali* pour une cure thérapeutique qui fera sens pour lui (Chebel, 1984 ; Yahyaoui, 1988).

Il ne s'agit aucunement pour nous, psychologue, de se substituer au thérapeute traditionnel, ni de nier sa fonction par un supposé savoir scientifique de la maladie psychique, moins encore de reproduire ces procédés dans les suivis psychologiques. Notre position consiste à offrir une écoute de la personne immigrée, de sa souffrance, de son histoire et de sa pensée : « ... et ça fait boom, boom, boom. De temps en temps, il y a un fusible qui saute. Heureusement que vous êtes là. Jamais je ne vous oublierai, même quand je serai sous la dalle ... »

Notre position est aussi de contribuer à enrichir les compétences des professionnels du champ social et médicosocial, dans le cadre de formations, de contribuer à la compréhension de certains phénomènes qui ne correspondent pas à une réalité objective, médicale, voire scientifique, d'aider les professionnels à produire l'accompagnement social et sanitaire adéquat des publics migrants, dans le cadre des nouveaux dispositifs.

3. La perspective interculturelle et cultures professionnelles : l'accueil familial

Notre pratique d'écoute, de prise en charge de personne en souffrance psychique, de médiation et de formation à partir d'une approche interculturelle dialectisée et analysée au regard des lectures théoriques nous a permis de repérer des cultures spécifiques aux pratiques professionnelles. Ces cultures renvoient à l'appartenance et à l'identification à un groupe contribuant à la construction d'une identité professionnelle, ainsi qu'à des modes de pensée. L'ensemble de ces matériaux nous conduit aujourd'hui à faire un pas de côté concernant l'approche interculturelle dans sa définition première, et de proposer une conceptualisation complémentaire dynamique de l'interculturalité à partir d'une tentative de modélisation (Hajji, 2007).

DISCIPLINES (EXEMPLES)		METIERS (EXEMPLES)		CHOC CULTUREL COMPLEMENTARITE OU RIVALITES DANS LES PRATIQUES	USAGERS
Anthropologie	Concepts croisés	Educateur spécialisé	Formations de cultures professionnelles	Effets sur la rencontre interculturelle ou impasse dans la rencontre	Effets sur la rencontre interculturelle ou impasse dans la rencontre
Economie		Assistant de Service social			
Droit		Infirmier			
Médecine		Conseillère en Economie sociale et familiale			
Psychiatrie		Assistant Familial			
Psychologie		Educateur de jeunes enfants			
Sociologie		Aide médicopsychologique			

Cette modélisation n'est pas exhaustive, elle peut être complétée par d'autres variables, à savoir sectorielles (social, médicosocial, éducatif, ...), catégorielles (handicap, insertion, ...), ou encore celle relative aux nouvelles orientations des politiques sociales et leurs impacts sur les pratiques sociales, par exemple. La modélisation s'appuie sur le repérage de l'influence de l'origine ou des origines idéologiques des savoirs dans la formation de chaque métier et leurs répercussions dans les pratiques, voire les cultures professionnelles ultérieures. Celles-ci s'exercent que l'on le veuille ou non dans un cadre politique et idéologique préexistant, dans lequel agissent les acteurs de ces pratiques.

La question de l'identité et de la culture professionnelles renvoie à la notion d'un groupe d'appartenance pour le professionnel. Ce groupe peut être un groupe d'éducateurs, d'assistants de services sociaux, d'infirmiers, d'assistants familiaux ou autres. Ces groupes sont des « communautés de savoirs » soutenues par des représentations partagées portant sur le groupe lui-même et sur les autres, qui sont en dehors du groupe. C'est de cette manière que peuvent se structurer des groupes articulés autour de savoirs. Ainsi, le groupe d'appartenance, support d'une culture professionnelle peut s'inscrire dans deux fonctions rarement conscientes :

- Le groupe professionnel est rassurant, structurant. Il est « suffisamment bon » en référence à l'expression de Winnicott et constitue un étayage des relations. Dans ce cas, il est support, permet d'aller vers et à la rencontre d'autres cultures professionnelles. L'effet produit par cette rencontre interculturelle ouvre sur la rencontre avec l'utilisateur.
- Le groupe professionnel est, *a contrario*, un facteur qui empêche de nouer des relations avec les autres. Il est inhibiteur. Il constitue un frein et produit un effet de renfermement sur le groupe renforçant l'idéologie disciplinaire. Dans ce cas, il se pose comme un obstacle à la rencontre et a comme conséquence d'augmenter le clivage, d'aboutir sur des impasses avec l'utilisateur.

Illustrons par un exemple. Le décor est celui de mes premières interventions en formation continue dès l'an 2000, auprès des assistantes maternelles. L'approche est psychologique. Les situations auxquelles elles sont confrontées – que ce soit en accueillant un jeune enfant, un enfant ou un adolescent, que ce soit en termes de relation avec leur référent de l'Aide sociale à l'Enfance – n'ont cessé de m'interpeller à la lumière des processus à l'œuvre, d'un côté, dans mes interventions en contexte interculturel, et de l'autre, dans les formations des travailleurs sociaux à l'approche interculturelle (Hajji, 2008).

En effet, la situation de l'accueil familial, dans le cadre de la protection de l'enfance, pose le principe de la rencontre de trois acteurs majeurs : les parents de l'enfant placé, la famille d'accueil et les travailleurs sociaux. De fait, nous nous retrouvons devant trois cultures spécifiques qui activent les processus à l'œuvre dans l'approche interculturelle : choc culturel, acculturation, déculturation, ...

Le placement familial ravive certainement les dissemblances objectives entre les parties : la complexité à l'œuvre dans le dispositif d'accueil familial renforce des écarts souvent importants entre les cultures des uns et des autres qui aboutissent fréquemment à des rivalités qui nuisent à l'épanouissement de l'enfant. Il n'est pas question de nier ou de résoudre à tout prix les décalages existant de fait, mais de mieux les identifier afin de faire évoluer la culture et la posture professionnelle pour et dans l'intérêt de l'enfant accueilli. Car, en cas d'une séparation entre parents et enfant, l'assistant familial doit procurer à l'enfant ou à l'adolescent, confié par le service qui l'emploie, des conditions de vie lui permettant de poursuivre son développement physique, psychique, affectif et sa socialisation.

Nous laisserons de côté cet aspect pour se focaliser et analyser la rencontre interculturelle intra-institutionnelle en référence au cadre des cultures professionnelles sus-développé. L'arrêté du 14 mars 2006 relatif au diplôme d'Etat d'assistant familial, précise dans sa définition que : « *l'assistant familial est un travailleur social qui exerce une profession définie et réglementée d'accueil permanent à son domicile et dans sa famille de mineurs ou de jeunes majeurs de dix-huit à vingt et un ans. L'accueil peut être organisé au titre de la protection de l'enfance (Art. L. 421-1 et suivants du code l'action sociale et des familles et articles L. 773-1 et suivants du Code du travail) ou d'une prise en charge médicosociale ou thérapeutique* ».

Dans mes interventions en formation, force est de constater les effets produits par cet arrêté dans la position de l'assistant familial. L'article précise bien que l'assistant familial est un travailleur social, membre d'une équipe, via le Domaine de compétence 3, intitulé la communication professionnelle. L'assistant familial devient ainsi un relais de l'institution dans laquelle il travaille. Ceci contribue à la construction de son sentiment d'appartenance à une institution. Si l'assistant familial doit développer des compétences de communication avec les membres de l'équipe de placement familial¹, il n'en demeure pas moins qu'il existe bien un choc culturel entre la culture de l'assistant familial et celle des autres travailleurs sociaux.

La première formation que nous avons proposée à un service de Placement familial spécialisé, en 2005, s'intitulait « La rencontre dans le cadre de l'accueil familial : chocs culturels et dénouement ». Cette formation était à destination des assistants familiaux et d'autres travailleurs sociaux du service. Elle se donnait pour objectifs de :

- repérer les antagonismes à l'œuvre dans l'accueil familial,
- actualiser les connaissances théoriques sur des sujets tels que le droit, la famille et les représentations culturelles,
- favoriser la rencontre famille d'accueil/parents pour améliorer l'accueil de l'enfant,
- réfléchir et contribuer à l'élaboration de pratiques professionnelles partagées.

La durée de cette formation était de 6 journées étalées sur 3 mois. A notre grande surprise (formateurs et participants), il n'y avait aucun autre professionnel du travail social présent à la première journée. Je précise bien : aucun « travailleur social », car les assistants familiaux n'étaient pas encore considérés comme travailleur social au sens de l'Arrêté de mars 2006 et par conséquent ne faisaient pas partie de l'équipe pluridisciplinaire. Notre surprise s'est confirmée les jours suivants. Bien entendu, les travailleurs sociaux avaient toujours une raison valable pour justifier leur absence au sein de ce dispositif de formation. Mais, on peut s'autoriser à se poser les questions suivantes : *étaient-ils disposés à évoquer, analyser les situations et leurs pratiques professionnelles en présence des assistants familiaux ? Appréhendaient-ils le choc des cultures professionnelles ? En somme, étaient-ils prêts à participer à une formation commune avec les assistants familiaux ?*

L'objectif poursuivi de réfléchir, en se référant aux processus interculturels, à partir d'expériences et de confrontations aux situations professionnelles, n'a pu avoir lieu entre les assistants familiaux et les autres travailleurs sociaux. Ceci permet de corroborer l'hypothèse de leurs opérationnalités dans le travail interdisciplinaire. En effet, l'écran culturel a renforcé le clivage et le non-avènement de la rencontre interculturelle empêchant l'élaboration de nouvelles modalités de pratiques socio-éducatives, dans l'intérêt de l'enfant et de l'adolescent. Le contexte de travail des assistants familiaux, les situations professionnelles auxquelles ils sont confrontés mettent à l'épreuve l'approche interculturelle via la culture des différents protagonistes. Ils viennent pointer les écarts existants entre les cultures des uns et celles des autres. Ecart qui peuvent aboutir sur des impasses à l'image de ce que nous avons montré.

¹ Identifier les missions et le fonctionnement de l'institution dans laquelle il travaille, repérer et respecter les places, fonctions et responsabilités de chacun, se situer par rapport aux divers intervenants, participer à l'élaboration et à l'évaluation du projet pour l'enfant, etc.

Enfin, ce module de formation continue intitulé aujourd'hui : « Placement familial : l'interculturalité dans l'accompagnement éducatif » répond à de réelles attentes et rencontre un succès indéniable auprès des employeurs (associations, Conseil Général, ...) et des professionnels du placement familial puisqu'il permet d'opérer des changements dans les pratiques et d'optimiser les compétences individuelles et collectives au service des projets poursuivis. Ici, nous pensons à cette assistante familiale qui au moment de l'évaluation de fin de formation s'adresse à une assistante de service social en lui disant : « *vous savez, cela fait plusieurs années que je vous connais, jamais j'aurai pu vous parler comme je l'ai fait dans cette formation. Je ne pouvais pas avoir un échange normal avec vous. Pour moi vous étiez une contrôleuse ...* ». C'est là un des effets de la rencontre interculturelle, dans le sens de cultures professionnelles mettant au travail les processus du choc culturel et de l'acculturation. Les pratiques socio-éducatives ne peuvent rester neutres devant le phénomène de l'interculturalité, au-delà de l'immigré et son appartenance culturelle. Par une approche déductive, elles permettent de nourrir les élaborations théoriques, de dévoiler les résistances idéologiques et de faire ainsi place à l'esprit heuristique.

4. Conclusion

Les personnes handicapées par la maladie psychique (névroses, psychoses, dépressions graves, ...) manifestent souvent des comportements déroutants : crises de larmes, accès de colère, mutisme, repli sur soi ... et leur accompagnement s'avère difficile. Cette difficulté s'accroît et se complexifie lorsque le bénéficiaire est une personne d'une autre culture. Nous avons tenté d'éclairer, à partir de vignettes cliniques articulées à des concepts théoriques, le rapport que peuvent avoir certaines personnes migrantes d'origine maghrébine au handicap et aux troubles psychiques.

Contribuer à une meilleure connaissance de ces problématiques interculturelles et former les travailleurs sociaux qui accueillent les personnes handicapées dans le cadre d'un accompagnement constitue pour nous un axe majeur. Cette approche leur permet de démultiplier leurs compétences, condition *sine qua non* de la mise en œuvre des projets d'établissements et de réflexion autour de dispositifs innovants. Par ailleurs, nous avons montré que l'immigré (maghrébin) ne peut être réduit à sa culture, au risque que cette dernière ne devienne une « norme scientifique ». Nous rejoignons ici Ham (2006) pour qui : « *Les sujets d'une même ethnie semblent être moulés dans la symbolique culturelle qui prend ici l'allure d'un codage génétique où l'individu serait rattaché instinctivement à sa culture* ».

Certes chaque immigré est différent et singulier. Dans ce cadre, il s'agit pour nous ni de le réduire à sa culture, ni de l'accoler à sa communauté, mais de l'accompagner dans le respect de sa singularité. Notre démarche et hypothèse heuristique visent par ailleurs à inscrire le concept d'interculturalité au-delà de l'immigré et sa culture, dans la question de la rencontre avec l'autre (usager, professionnel, partenaire, ...) dans le cadre des pratiques médico-socio-éducatives. Cette rencontre avec l'autre est éminemment interculturelle, marquée par le sceau de l'étrangeté.

L'interculturalité a tout à gagner de cet enrichissement de conception et des confrontations pratiques et théoriques, puisqu'elle ne reste plus circonscrite autour du migrant et de sa culture, elle peut devenir opératoire, car mise en question au regard des réalités de l'intervention sociale.

Bibliographie

- Camilleri C. (1985), *Anthropologie culturelle et éducation*, Paris et Lausanne : UNESCO, Delachaux et Niestlé.
- Chebel M. (1984), *Le corps dans la tradition au Maghreb*, Paris : Presses universitaires de France.
- Cohen-Emerique M. (1984), « Choc culturel et relations interculturelles dans la pratique des travailleurs sociaux, formation à la méthode des incidents critiques », *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, vol. 2, p. 183-218.
- Geertz C. (1973, rééd. 1988), « Le développement psychologique est-il universel ? », Bril B. et Lehalle H. (éd.), *Approches interculturelles*, Paris : Presses universitaires de France.
- Hajji N. (2007), « L'interculturalité à l'épreuve de la conceptualisation », *ITES @ctualités*, n° 16, janvier – mars.
- Hajji N. (2008) : « Une autre approche de l'homme : histoire de vie et socioanalyse », Gourvil J.-M. et Kaiser M. (éd.), *Former au Développement Social Local*, Paris : Dunod.
- Ham M. (2006), « Psychopathologies culturelles à l'épreuve de la parole et du transfert », accès : <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/3.7.3.2.htm>
- Mauviel M. (1984), *L'idée de culture et de pluralisme culturel (aspects historiques, conceptuels et comparatifs)*, thèse de doctorat de 3^e cycle, Université de Paris V.
- Yahyaoui A (1988), *Travail clinique et social en milieu maghrébin*, Grenoble : La pensée sauvage.

Mariage entre la clinique et le terrain : cas des Turcs

Ertugrul TAS
Psychologue clinicien, chercheur-doctorant



Photos : KEMAL ÖZCAN

Introduction

Nous entamerons l'analyse de la problématique du mariage rencontrée dans nos activités cliniques en tant que psychologue, et celle du terrain social en tant que chercheur, après avoir décrit brièvement le contexte dans lequel nous travaillons. Nos consultations cliniques se tiennent principalement à Charleroi et en partie à Mons et à Liège. Nous rencontrons principalement un public migrant adulte dont la majorité est composée de personnes en provenance de la Turquie. Notre connaissance de la langue et de la culture turques suscite en clinique une demande importante de la part de ce public. Il est important de relater l'hétérogénéité des demandes, du profil des demandeurs, ainsi que des pathologies observées auprès de ce public².

Certains problèmes liés aux pratiques matrimoniales (avant, pendant et après celles-ci) sont souvent signalés par les patients, aussi bien dans la formulation des demandes et dans l'analyse de l'anamnèse que dans le travail thérapeutique. Nous constatons parfois un lien direct ou indirect entre la souffrance et le mariage de l'individu concerné. Il nous est utile d'illustrer quelques situations.

Madame F, âgée de 24 ans, vient me voir dans un état perturbé, elle venait de quitter sa maison. Elle dit qu'elle a été violente pendant trois semaines par son mari après leur mariage. Elle et son mari, deux jeunes issus de l'immigration turque en Belgique, venaient de se marier trois semaines auparavant. Lors du cérémonial de leur mariage, le papa de la fille dit à sa fille qu'il est là pour toujours si elle rencontre des problèmes dans son couple et a demandé à son beau-fils de faire attention à sa fille. Vexé par ce propos de beau-père, le mari accuse celui-ci de ne pas savoir lui faire confiance et commence à frapper sa femme lors de la nuit de noce, dans une logique de rapport de force, demandant à sa femme si son père est capable de la sauver. Madame F, choquée par les comportements de son mari, le quitte après trois semaines ... Elle me dit qu'elle l'aimait et attendait une meilleure entente car tous les deux partageaient la même histoire. Les deux familles s'affrontent violemment plusieurs fois et les menaces s'en suivent ...

Monsieur M, âgé de 33 ans, est venu en Belgique suite à son mariage avec une jeune fille issue de l'immigration turque. Il relate qu'il travaillait en Turquie, il était socialement bien inséré et il avait confiance en lui. Depuis qu'il est venu en Belgique, il a perdu sa confiance en lui. Il ne supporte pas d'être accompagné par sa femme dans ses affaires à lui ... Il a l'impression de ne pas être un homme. Les autres Turcs le méprisent ou ne le prennent pas pour un homme. Il se sent effacé. Il ne maîtrise pas sa vie comme avant. Il se demande s'il fallait se marier avec quelqu'un de Belgique ? Il en souffre beaucoup ...

² Notre analyse typologique nous permet d'identifier 4 catégories de personnes : (I) conjoints en provenance de la Turquie via le regroupement familial, (II) personnes issues de l'immigration turque, (III) celle de première génération de l'immigration et (IV) des demandeurs d'asile. Notons que les femmes sont majoritaires parmi notre public (6 ou 7 femmes sur 10). Le trouble dépressif, le trouble anxieux et le trouble psychosomatique constituent la majorité des diagnostics.

Madame A, âgée de 49 ans, mariée, mère de 3 enfants, nous relate qu'elle est mariée depuis 29 ans. Elle vit avec un doute sur la sincérité de son mari depuis la demande en mariage par la famille de son mari. Ce dernier n'avait pas de séjour légal à l'époque en Belgique. Elle se demande si son mari l'a choisie elle-même ou a choisi la Belgique ... Lors d'une séance, elle demande à son mari de lui prouver son amour et son choix après 29 ans ...

Madame K, une maman de 60 ans, dans un état dépressif assez sévère nous disait « mon cœur brûle comme un brasier car mon fils est parti avec une étrangère (belge). Ma descendance s'est arrêtée. Il n'y a plus de raison de vivre ».

Nous nous sommes interpellé par cette souffrance : pourquoi le mariage en est-il à l'origine ? Pourquoi devient-il un nœud de tensions psychiques, sociales et interpersonnelles ? Comment la question se pose-t-elle sur le terrain, en dehors de la clinique ?

Etude du terrain social

L'analyse des nos pratiques cliniques nous amène à distinguer trois types de mariages ou unions dans la communauté en provenance de Turquie :

- Le mariage entre un jeune issu de l'immigration et un jeune du pays d'origine,
- Le mariage entre deux jeunes issus de l'immigration,
- Le mariage « mixte ».

Nous avons réalisé des recherches afin de comprendre les dynamiques des mariages et des unions en dehors de la problématique rencontrée en clinique³. Cette étude nous permet de jeter un « regard croisé » sur les réalités matrimoniales des Turcs en Belgique. Nous abordons ensuite ces choix de mariage dans le cadre d'une dialectique parents/enfants⁴.

Le mariage entre un jeune issu de l'immigration et un jeune du pays d'origine

Les jeunes mariés avec une personne de Turquie parlent plutôt d'une décision collégiale. La famille et les proches interviennent activement aussi bien dans le choix du conjoint que dans l'organisation du mariage. Ces jeunes n'ont pas eu la possibilité de parler de leur futur couple et projet de vie. Le temps nécessaire pour se connaître est reporté à après le mariage. La méconnaissance mutuelle préalable au mariage est un handicap majeur. Le cérémonial du mariage se fait soit en Turquie, soit en Belgique. Nous observons parfois le partage des cérémonies entre les deux pays : fiançailles en Turquie et mariage en Belgique. Quel que soit le lieu du mariage, tous les interviewés disent suivre les rituels d'usage : demande en mariage, promesse, fiançailles, soirée de henné, mariage, installation des époux. La plus grande partie des frais liés au mariage reste à charge de la famille ou du jeune de Belgique. La quasi-totalité des interlocuteurs soulignent la méconnaissance de la langue du pays comme un facteur de risque pour l'organisation de la vie et l'intégration au nouvel environnement. Ils doivent redoubler d'efforts pour « materner » leur compagnon de vie. Cela pose beaucoup de problèmes en particulier pour les femmes arrivantes. Selon les participants à l'étude, un accompagnement prolongé des hommes provoque la confusion des rôles au sein du couple et engendre une souffrance psychique. La dépendance financière en l'absence d'insertion professionnelle des maris renforce le déséquilibre dans le couple. Le conjoint issu de l'immigration subvient, en général, aux besoins de sa famille. Le travail ou les allocations sociales leur permettent d'assumer cette responsabilité. L'époux venant de Turquie reste dépendant au moins quelque temps de sa femme. Il est toutefois important de noter que, dans ce type d'union, la femme arrive à avoir une certaine égalité de statut avec son mari. Son pouvoir est renforcé au sein du couple. Pour les brus en provenance de la Turquie, on ne constate pas de projet professionnel. Elles restent financièrement tributaires de leur mari.

³ Nous avons défini quatre groupes cibles dans le cadre de nos observations : « époux et épouses immigrés par le biais de mariage », « parents vivant en Turquie », « jeunes issus de l'immigration turque en Belgique » et « parents en Belgique ». Nous avons interviewé 129 personnes au total : 39 personnes arrivées de Turquie par mariage, 30 chefs de famille vivant en Turquie, 30 parents immigrés en Belgique et, enfin, 30 jeunes issus de l'immigration dans ce pays. Ces personnes ont été sondées au moyen d'un guide d'entretien semi-ouvert en langue turque et conçu pour les besoins de l'étude, à partir d'un premier travail d'observation et de consultation, ainsi que de l'analyse de la littérature.

⁴ Cette contribution sur la dialectique parents/enfant est inspirée de notre livre : TAS E. (2008), *KIMET ! Belgique/Turquie : regards croisés sur les mariages et migrations*, collection « Compétences Interculturelles », L'Harmattan, Paris.

Un autre sujet relevé est la différence de mentalité au sein du couple. Ces différences provoquent des difficultés de communication. Il arrive qu'époux et épouse ne se comprennent pas. Quelquefois, ils n'arrivent pas à définir un projet de vie avec une vision commune. Certains jeunes ne maîtrisent pas suffisamment le turc pour en comprendre les subtilités lors d'une discussion approfondie. Pourtant, c'est cette langue qui est pratiquée au quotidien au sein du couple dans la mesure où le nouveau venu ne maîtrise pas le français. Du reste, les jeunes de Belgique qui épousent des personnes venues de Turquie sont dubitatifs à propos des motivations qui poussent à se marier à l'étranger. Choisissent-ils le droit de séjour en Europe ou le conjoint lui-même ? La crainte est que le but économique soit la motivation principale de ce mariage. Cette suspicion s'adresse davantage aux hommes « importés ». Le groupe rencontré pense encore que les personnes de Turquie auront des difficultés à aider leurs enfants à l'école en Belgique. Ce type d'union risque d'hypothéquer l'insertion sociale des générations futures. Selon les jeunes interviewés, les relations sociales sont déterminées aussi par la formation de ce type de couple. Le couple reste souvent dans le réseau turc, dans la famille de la personne issue de l'immigration. La personne en provenance de la Turquie n'arrive pas à suivre son conjoint dans le réseau non turc. La famille suit majoritairement les médias turcophones. La rupture avec la Turquie est un sujet sensible pour les conjoints venant de ce pays qui risque d'influencer la santé mentale de la personne et d'avoir des répercussions sur la vie de couple. L'absence de la famille est perçue comme une perte par la personne venue de Turquie et la fragilise surtout en cas de conflits avec le conjoint et avec la belle-famille. On parle aussi de la déception des conjoints « importés ». Celle-ci est due aux différences entre ce qu'ils attendent de l'Europe et ce qu'ils y trouvent réellement.

Pour les personnes issues de l'immigration (surtout pour les femmes), l'absence, en Belgique, de la belle-famille et plus particulièrement de la belle-mère est considérée comme un avantage dans ce cadre matrimonial. L'analyse des réponses des parents met en évidence la présence supposée d'un cadre culturel et identitaire transplanté en immigration et le souci de voir ce cadre perdurer pour et par les prochaines générations. L'arrivée des jeunes de Turquie semble, pour ces parents, aller dans le sens de la consolidation de cette identité, au moins de sa sauvegarde. Les prochaines générations à naître sur le sol belge pourront ainsi être élevées par des gendres et brus venant de Turquie. Cela semble pouvoir renforcer la transmission de la langue turque, de la culture turque et de la religion musulmane. Les parents déclarent s'entendre mieux avec ces jeunes venus de Turquie chez lesquels ils trouvent leur propre reflet et qui se portent garants de l'identité culturelle et religieuse. Ils amènent « du sang frais » pour leurs valeurs culturelles et font face à « l'érosion identitaire ». Cela contribue à diminuer leur angoisse⁵ de voir se perdre leurs descendants dans la culture occidentale.

Le mariage entre deux jeunes issus de l'immigration

En Belgique, étant issus de l'immigration, les jeunes se rencontrent dans leurs espaces de vie pour se connaître d'une manière ou d'une autre, et pour prendre le temps de fonder un projet de vie à deux. La pratique du mariage arrangé parmi les jeunes issus de l'immigration turque nous a également été révélée. Tous les individus ayant choisi un conjoint en Belgique déclarent, par contre, avoir décidé seuls de se marier. Ils sont directement porteurs de leur projet de mariage. Les familles les suivent et s'impliquent dans l'organisation du mariage. Les préparatifs du mariage et leurs frais sont partagés entre les deux familles. D'après nos interviewés, les jeunes de Belgique sont supposées maîtriser la langue du pays d'installation, comme son paysage institutionnel. Ces possibilités facilitent l'organisation de la vie en Belgique. Les conjoints ne sont pas dépendants l'un de l'autre. Il y a une plus grande autonomie. Les affaires administratives et les tâches ménagères sont partagées, y compris l'accompagnement scolaire des enfants. Un des aspects relatés dans cette union est la communauté des mentalités. Les époux et épouses sont de mêmes milieux de vie et classes sociales. Un autre aspect important est l'absence de doute quant à la sincérité du conjoint dans son engagement, car il est déjà en Belgique, il ne se mariera pas par intérêt, pensent nos interlocuteurs, en particulier féminins.

⁵ Nous pouvons alimenter cette réflexion avec notre expérience clinique. Nous rencontrons un public d'âge avancé et d'origine turque. Nous observons chez certaines personnes une culpabilité d'avoir emmené leurs enfants en Belgique et une peur de les perdre dans une culture occidentale. Nous pouvons qualifier cette peur *d'angoisse d'au-delà*. Après leur mort, que vont devenir leurs enfants ? Leur responsabilité morale et religieuse est mise en question d'autant plus que les enfants ont parfois de « mauvaises conduites » ou donnent des signes d'éloignement de leur identité d'origine.

Ils parlent de l'influence de l'entourage sur le couple car leurs parents demeurent à proximité. Un autre point sensible, c'est « l'occidentalisation » des jeunes filles issues de l'immigration ; elle dérange certains jeunes hommes d'origine turque. L'autonomie conquise par les jeunes femmes grâce à la scolarisation ou l'accès à l'emploi risquent, selon plusieurs interlocuteurs, d'influencer négativement le mariage, notamment en cas de conflit. « *La rupture sera plus facile* », disent-ils. Enfin, un autre risque identifié par les sujets de l'enquête concerne l'utilisation de la langue française dans le ménage. Ces personnes risquent de ne pas pouvoir transmettre leur langue maternelle à leurs enfants.

Selon les parents, la vigilance est de mise quant à la stabilité du couple et au respect des valeurs identitaires par les jeunes, car la capacité d'agir libre et autonome fragilise les couples au moment des crises. Les époux de Belgique risquent de glisser très vite vers le divorce. Ils se comportent avec « *une mentalité occidentalisée* ». Les jeunes ne connaissent pas suffisamment leur culture d'origine et leur religion. Le mariage entre deux jeunes d'ici risque de les éloigner encore davantage de leur identité d'origine. La pratique de la langue turque s'affaiblit également. Ils risquent de s'orienter plus vers un mode de vie « *à la belge* ». Cependant, les parents sont conscients des facilités de ce type d'unions. La connaissance linguistique, socio-institutionnelle, la facilité d'insertion socioprofessionnelle, la mentalité commune sont également soulignées par les parents.

Le mariage mixte

Les jeunes mariés à des personnes d'une autre nationalité ou origine considèrent cette union comme un enrichissement. C'est une aventure qui permet de connaître une autre culture, un autre style de vie, une autre communauté. Dans cette union, on a beaucoup plus de libertés. On quitte le cadre traditionnel. Certains autres, notamment les célibataires, ne sont pas persuadés que ce type de mariage constitue un enrichissement. Ils pensent que l'union mixte risque de compliquer leur vie. Ceux et celles en ayant fait l'expérience relatent leurs vécus difficiles. Avant tout, ce mariage n'est pas toujours désiré et soutenu par les parents des deux côtés. La rupture avec la famille d'origine et l'isolement sont des risques réels. Une autre difficulté concerne l'usage des langues au sein de la famille : la langue turque risque de s'affaiblir avec le temps. On note qu'il y a aussi un problème de communication entre/avec les beaux-parents. Les relations risquent de rester très limitées. L'incompatibilité de certaines valeurs familiales de part et d'autre, la peur de perdre certaines traditions, la difficile négociation de l'autonomie des femmes européennes par les familles turques, l'effet des différences culturelles et religieuses sur l'éducation des enfants à naître sont des points de tension dans ce type d'union.

Presque tous les parents refusent le mariage mixte ou l'abondent avec beaucoup de prudence. Ils prennent toutes les mesures pour que leur progéniture s'établisse avec quelqu'un de leur origine. S'ils n'ont pas le choix de refuser ce type d'union mixte ou encore, si c'est le dernier recours, il est probable qu'ils l'acceptent. Ils acceptent plus facilement le mariage mixte avec une personne musulmane pour les garçons, cela reste très difficile pour les filles. La fragilité de ce type d'union est citée par la quasi-totalité des interviewés. Pour eux, les différences culturelles, religieuses et linguistiques sont des causes principales de cette fragilité. Au-delà des jeunes, les parents risquent aussi de se sentir « étrangers » au ménage « mixte ». Il n'y aura pas un vrai lien de parenté. La grande majorité ne voit pas d'aspect positif dans le mariage mixte, mais le partage de la même mentalité ou de la même vision de la vie et la facilité d'insertion professionnelle sont des aspects positifs relatés par quelques-uns de nos interlocuteurs.

Discussion clinique à la lumière des données anthropologiques

Le mariage est un de trois rites de passages principaux (naissance, mariage, mort) pour beaucoup de cultures. Pour les musulmans, les parents ont la responsabilité de marier leurs enfants. La formation des nouvelles alliances créent aussi des liens de parenté et des liens économiques entre les familles. L'organisation sociale dans le monde turcophone porte les traces du patriarcat qui favorise le pouvoir masculin et place l'homme au centre. Ce patriarcat détermine aussi la direction des mariages et la formation des nouvelles cellules familiales : *l'homme prend une femme*. L'installation du couple après le mariage reste principalement « patrilocale » ou « virilocale » : la femme se déplace dans la localité de son mari et s'installe soit dans la maison de la famille de l'époux, soit dans une maison dans la localité de son époux. Le foyer (*ocak* en turc), assimilé à la famille, ayant un caractère sacré et vivant, se transmet entre les générations, de père en fils. L'homme est propriétaire du foyer et de son feu, et la femme est chargée de veiller le feu. Ce sens symbolique se traduit en concret par la mise en importance du rôle-clé de la belle-fille et de sa responsabilité au sein de la famille. Elle doit garder le feu allumé, rassurer la descendance et la transmission. Ce rôle est socialement construit, même si cela se transforme et s'interprète autrement, à l'heure actuelle, cela reste un facteur sous-jacent dans la formation des alliances en se plaçant, à nos yeux, à l'origine de la recherche d'une « *fille propre* » par le garçon et par sa famille.

S'il y a un consentement préalable au mariage entre un garçon et une fille, dans la mise en pratique des démarches matrimoniales, la famille du garçon (*oğlan evi* en turc) prend l'initiative du mariage et encadre les rituels matrimoniaux. Dans cette logique, la famille d'origine turque en Belgique se situe dans la position active de *la demande de mariage*, en l'occurrence, il porte « *le choix d'une fille* » pour le garçon, à savoir que ce choix est souvent en faveur d'un mariage endogame au point de vue communautaire, tourné en majorité vers une fille éduquée en Turquie ; diminuant le nombre d'hommes disponibles pour les filles issues de l'immigration. La distance géographique entre la Belgique et la Turquie donne l'impression de pratiques matrimoniales d'« échange » entre deux groupes : les hommes venant de Turquie comblent le manque en hommes pour les filles issues de l'immigration.

En conclusion, *la religion, la langue et la culture* déterminent en général la frontière endogamique ; en se situant au cœur de la problématique du mariage, elles favorisent le mariage avec un conjoint en provenance de la Turquie, suscitent des doutes sur les capacités matrimoniales des jeunes issus de l'immigration et empêchent l'union mixte. Dans tous les cas, la transmission de celles-ci aux prochaines générations cause *une angoisse d'au-delà* chez les parents. Cette étude sur le terrain permet de comprendre les dynamiques anthropologiques liées aux pratiques matrimoniales dans la communauté turque et de les utiliser dans le cadre d'une pratique clinique auprès de cette population.

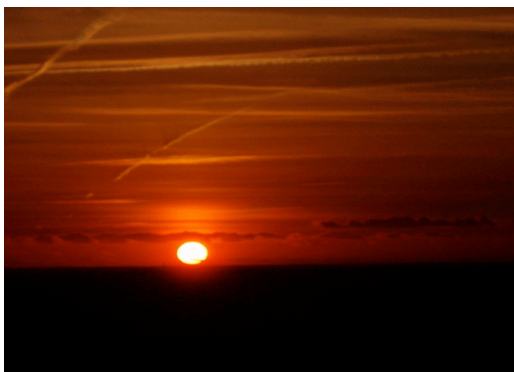


Les immigrées au crépuscule de leur vie

Parcours et vécu de femmes âgées immigrées marocaines

Rajae SERROKH

Coordinatrice de projet, licenciée en promotion de la santé



La vieillesse immigrée est une réalité en Belgique. Même si les personnes âgées immigrées rencontrent les mêmes défis que la population autochtone, elles cumulent souvent plusieurs problématiques (précarité, douleur de l'exil,...). Cette enquête de terrain recueille la parole de femmes âgées immigrées marocaines et met en lumière les souffrances du quotidien. Celles-ci imprègnent le corps. Le vécu de solitude pèse sur la santé mentale mais la volonté de vieillir dans la dignité et de garder son indépendance reste présente. Il n'y a pas un profil type de personne âgée immigrée : la diversité des situations rencontrées révèle cependant le manque de liens sociaux.

Introduction

Le vieillissement de la population est une réalité inéluctable en Europe et celui des premières vagues d'immigration n'échappe pas à la règle, amenant, de ce fait, un questionnement tant au niveau politique que social⁶. A la vulnérabilité liée à l'âge, s'ajoute celle liée à l'immigration avec ce que cela implique parfois : précarité, barrière de la langue, perte de repères, ... Parfois le genre ne fait qu'accentuer le problème, être une femme âgée immigrée expose celle-ci à une fragilité supplémentaire. Omar Samaoli prédisait l'influence du genre : « *La problématique du vieillissement des femmes immigrées risque de se présenter avec des difficultés beaucoup plus complexes à gérer, au regard des conditions sociales de ces dernières et de leur statut socio-économique dans l'immigration* »⁷.

A côté des personnes âgées ayant immigré dans leur jeune âge (vagues d'immigration dans les années 60-70), un nouveau profil apparaît ces dernières années : il s'agit de personnes âgées ayant émigré récemment dans le cadre d'un regroupement familial et pour lesquelles tout est à reconstruire. Le rapport de la Fondation Roi Baudouin le souligne : « *Un dernier trait caractéristique de la migration concerne les 'oudkomers'. En effet, nous sommes à présent confrontés à un phénomène où des personnes, principalement d'origine turque et marocaine qui résident ici font venir leurs parents voire grands-parents vieillissants en Belgique pour pouvoir s'en occuper et les soigner* »⁸. Souvent, selon certains intervenants sociaux, ces personnes émergent au CPAS et parfois sont totalement délaissées par leurs enfants. Comment reconstruisent-elles les liens sociaux ? Comment se résignent-elles à vivre leurs derniers jours, certes auprès de leurs enfants et avec des soins de santé plus accessibles, mais aussi loin de leur pays et sur une terre qui n'est pas la leur ?

⁶ Récemment, de nombreuses interventions se sont penchées sur le thème : un colloque (Fondation Roi Baudouin), des publications dont le n° 22 du journal électronique de l'IRFAM « Diversités et Citoyennetés », des initiatives de terrain, la création de lieux adaptés, des activités intergénérationnelles organisées, ...

⁷ SAMAOLI O. « Retraite et vieillesse des immigrés en France », L'Harmattan, p. 84.

⁸ CUYVERS G., « Le regard du chercheur » in « Bien vieillir à Bruxelles, les rides de l'immigration », actes du colloque 2006, Commission communautaire commune Bruxelles capitale, Collection Ikebana, p. 37.

L'intérêt pour cette thématique est né d'un double constat. D'une part issue moi-même de l'immigration, j'observe au sein de la communauté marocaine un questionnement grandissant et des craintes quant à la prise en charge des aînés. Les modes de fonctionnement familiaux ont changé : les membres d'un couple travaillent souvent tous les deux, cependant la fidélité aux valeurs culturelles (prônant la prise en charge des parents) reste prégnante. Comment ferons-nous quand un de nos parents sera dépendant et que la mère ou le père ne pourra plus assumer sa prise en charge ? Quel dispositif mettre en place pour les garder à domicile, en prendre soin avec le mode de vie que l'on a aujourd'hui, en poursuivant nos professions respectives ? D'autre part, travaillant dans une ASBL d'éducation permanente, l'équipe de formatrices dont je faisais partie remarquait que quelques femmes âgées marocaines étaient isolées et recherchaient au travers de cours de français des liens sociaux et non une « instruction ».

J'ai voulu aller à la rencontre de femmes âgées marocaines afin de mieux comprendre ce qu'elles vivent au quotidien. Ce travail d'enquête, mené dans le cadre d'une formation continuée universitaire⁹, est donc basé sur une longue immersion professionnelle dans un quartier bruxellois à forte densité immigrée, ainsi que sur des entretiens et récits de vie singuliers avec cinq femmes aux profils variés. Il a pour objet de recueillir la parole de ces femmes, leur histoire, leur vécu et de mettre en lumière les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien, les souffrances, les leviers qui leur permettent de garder une vie en lien avec les autres.

D'un point de vue méthodologique, je suis partie à la rencontre de personnes par l'entremise de professionnels (médecins, assistantes sociales), mais aussi directement de personnes de mon entourage. Sachant que la majorité des personnes âgées marocaines ne parlent pas le français, j'ai privilégié les interlocutrices parlant le dialecte marocain (dérivé de l'arabe), langue que je maîtrise. La proximité culturelle et linguistique était un atout dans l'installation d'une relation de confiance propice aux récits de vie. Certains termes utilisés ont été traduits littéralement. Il est à noter qu'aucune limite d'âge inférieur n'a été fixée, sachant que l'âge de la vieillesse peut être perçu de manière différente selon la culture, le vécu migratoire, la santé, le statut au sein de la famille. L'objectif de l'enquête, qui était de mieux comprendre ce que ces femmes vivent au quotidien, était présenté en début d'entretien. La confidentialité¹⁰ (des conversations et enregistrements) était également précisée. Je demandais simplement au départ du récit d'immigration de me raconter leur chemin de vie, en relançant, demandant parfois des précisions sur : l'arrivée en Belgique, les liens avec le pays d'origine, la création de liens avec le pays d'accueil, les liens familiaux, les sources de soutien ... c'est au travers de ces sphères que j'ai voulu explorer le vécu des personnes âgées immigrées : vivent-elles des difficultés ? Qu'est-ce qui fait office de soutien, d'aide ?

La diversité des profils

Cinq femmes ont accepté de me rencontrer : cinq parcours différents avec souvent les mêmes difficultés. Une seule personne est arrivée récemment en Belgique, par regroupement familial, les autres font partie de la première génération d'immigrés. Les profils sont pour certaines, loin de l'image de la maman âgée marocaine entourée et prise en charge par ses enfants. Aziza (86 ans) est veuve. Arrivée en Belgique en 1967, elle vit chez son fils et sa belle-fille dans une grande maison adaptée à ses besoins. Khadija (la soixantaine) est mariée. Elle est arrivée en Belgique il y a 40 ans avec ses 4 enfants. Aujourd'hui, tous ont quitté le nid familial. Fatima (71 ans) a quitté le Maroc après son divorce et s'est installée en Belgique en 1979. Sans enfants, elle y a toujours vécu seule. Aicha (58 ans) est arrivée en Belgique dans les années 70 sous visa touristique, elle s'y est mariée et n'a jamais pu avoir des enfants. Aujourd'hui, elle est séparée de son époux et vit seule. Enfin, Rahma (52 ans) vivait seule au Maroc après son divorce et le départ de ses enfants. Elle a rejoint ceux-ci en Belgique il y a 5 ans. Aujourd'hui, elle vit seule à Bruxelles et ses enfants sont installés à Liège.

Ces femmes ont accepté de me rencontrer et de livrer des bouts de leur vie souvent chargés d'émotions. Plusieurs thématiques ont émergé de l'analyse des entretiens : l'impact de leur parcours de vie sur leur santé, leurs liens du quotidien et le désir de préserver leur dignité dans la dépendance. Je débiterai par développer chacun de ces aspects pour en dégager des pistes de réflexion et d'intervention.

⁹ Certificat en Santé mentale en contexte social : précarité multiculturalité. Formation continue UCL.

¹⁰ Les noms et lieux sont fictifs pour préserver la confidentialité.

Quand le corps exprime les maux ...

*« Quand le corps parle et parle trop c'est assurément parce que la tête, qui ne peut dire le corps (la tête qui ne verbalise pas) est malade »
A. SAYAD, *La double absence**

Lors de nos entretiens, le thème prépondérant et commun aux récits était sans conteste celui de la santé. Hormis Aziza, choyée par ses proches et pourtant la plus âgée des personnes rencontrées, toutes mes interlocutrices m'ont confié leurs soucis de santé : problèmes de dos, cardiaques, diabète, rhumatismes, maux permanents traités par une panoplie de médicaments, ... Les blessures de la vie étaient parfois visibles sur leur visage, ainsi Rahma ou Aïcha, paraissent beaucoup plus que leur âge. Ces blessures semblent avoir laissé des marques plus profondes, dans leur être intérieur et leur corps. Certaines de mes interlocutrices ont attribué leurs problèmes de santé au stress, aux problèmes, à l'angoisse. Elles font d'emblée le lien entre leur état de santé mentale et celui de la santé physique.

« Ils m'ont rendue malade (les problèmes), je suis diabétique et c'est à cause de ces problèmes, j'ai le cœur aussi, tout est mélangé ... » (Fatima).

« Je pense à la santé que je n'ai plus, les choses que j'ai perdues, tout, ... le fait que je ne me suis pas remariée, je regrette pourquoi j'ai fait confiance aux gens, pourquoi je n'ai pas eu d'enfants comme les autres, ... et je pense je pense, toute la nuit, je ne dors pas ... parfois ça ne va pas du tout, rien qu'avec les nerfs et j'appelle l'ambulance. » (Fatima).

« J'ai des problèmes de santé : tout ce que j'ai ce sont les nerfs j'ai un sac de médicaments, mes jambes tremblent, j'ai des gouttes pour dormir et tout oublier, cette nuit je n'ai pas dormi ... J'ai des tremblements, j'ai la thyroïde, j'ai ça dans le sang, cela a même arrêté les règles, ... les nerfs, ... » (Aïcha).

Pour Khadija, l'immigration est allée de pair avec son incapacité à enfanter. Après 4 enfants nés au Maroc, elle n'arrivait plus à tomber enceinte une fois installée en Belgique : *« J'ai eu 4 enfants puis je suis venue en Belgique et puis j'ai terminé (les grossesses). J'ai accouché de tous mes enfants au Maroc. Quand je suis venue, je suis allée à l'hôpital et on m'a dit que mon utérus était malade. Et j'ai fait une opération. Et depuis ma santé ça ne va pas. Depuis 40 ans que je suis en Belgique, je n'ai pas raté le médecin un seul jour. Oui, parfois je suis hospitalisée une semaine parfois quelques jours ... et puis on me dit tu n'as rien, tu n'as rien ... J'ai mal partout, partout, ce n'est que le 'froid' dans les os. »*

On ne peut s'empêcher de faire le lien entre l'utérus et la « mère patrie » : la douleur de l'exil, cette rupture avec la terre natale et l'impossibilité pour Khadija d'enfanter dans sa nouvelle terre d'accueil. Les débuts de l'immigration ont été difficiles et elle se compare à « un bout de bois », sans vie.

L'Observatoire de la santé et du social souligne dans une étude sur les différences en matière de santé qu'« en ce qui concerne la santé mentale, les personnes de nationalité non européenne se disent moins souvent atteintes de dépression et consomment moins de médicaments psychotropes. Par contre, elles signalent plus souvent des troubles psychosomatiques et des troubles du sommeil (33%) »¹¹.

De même, Nourredine Hamama, psychologue, remarque que « l'expression somatique des troubles est un fait constant chez le migrant maghrébin »¹². Le corps devient le lieu d'où la souffrance parle, c'est le lieu de rencontre entre les différentes dimensions : psychologiques, sociales et culturelles liées à l'immigration¹³. La maladie traduirait donc la souffrance psychique et physique, mais serait aussi un « alibi »¹⁴ pour légitimer une présence en dehors du but premier de l'immigration qui était le travail.

¹¹ DE SPIEGELAERE M., « Quelques données épidémiologiques : étude sur les différences de santé », *Santé Conjugué*, n° 29, juillet 2004, p. 52.

¹² HAMAMA N., « L'immigré maghrébin : comment exister hors travail », *Ecarts d'identité*, n° 72-73, 1995, p.11-12.

¹³ HAMAMA N., *ibid.*

¹⁴ SAYAD A., BOURDIEU P., *La double absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Seuil, Paris, 1999, p. 263.

Cela nous ramène à la notion de sinistrose ou la « maladie de l'immigré », « *pathologie dont on ne sait si elle est pathologique vraiment au sens médical du terme ou si elle est sociale. (...) Les sinistroses sont des immigrés malades précisément de leur condition de malade, et ce qui est demandé à la thérapeutique de la médecine (du soma ou de la psyché) n'est pas tant de les guérir d'une quelconque maladie, mais de les délivrer d'un mal en leur restaurant l'intégrité de l'état antérieur et en les restaurant dans l'équilibre perdu*¹⁵ ».

Pour la majorité des femmes immigrées, le but premier de l'immigration était sans aucun doute être auprès de leur mari et prendre soin de leur famille. Cette situation est similaire à celle de l'immigré venu pour travailler, à cela de près que le rôle de mère perdure et se prolonge avec celui de grand-mère. Qu'en est-il, dès lors, lorsque ce rôle d'épouse et de mère vient à disparaître par le veuvage ou la séparation et le départ des enfants du foyer ? Nous pouvons donc voir qu'au travers de ces récits, les trajectoires de vie et notamment celles de la migration ont marqué les esprits de nos interlocutrices avec une influence sur les corps. Pour venir à bout de leurs maux, les personnes rencontrées se tournent vers le corps médical. Le stress, l'angoisse, l'exil et la perte de repères ont laissé des traces. La perte et/ou l'absence de liens ne font que renforcer cette souffrance physique.

Quand la perte de liens devient souffrance

*« N'être plus écouté : c'est cela qui est terrible lorsqu'on est vieux »
Albert CAMUS, L'envers et l'endroit.*

La solitude a souvent été évoquée par les personnes interrogées. Les femmes marocaines rencontrées semblent doublement souffrir de ce manque de liens. En effet, ces personnes ne sont probablement pas préparées à cette rupture avec le modèle traditionnel, où la personne âgée est non seulement entourée par ses proches, mais où elle occupe une place de doyenne, et le modèle d'une société en terre d'exil perçu comme de plus en plus individualiste. Rahma m'a relaté une vie semée de ruptures : un divorce, un licenciement, le départ des enfants en Belgique, l'exil. Malgré ses tentatives de pallier à son isolement par la fréquentation d'un centre d'alphabétisation, elle souffre de solitude : « *J'ai tout ce qu'il me faut, mais, ce qui est difficile, c'est de ne pas avoir quelqu'un à qui parler* ». Même Aziza, vivant avec sa famille, éprouvait ce sentiment. « *Ce que Aziza désire le plus c'est d'avoir quelqu'un à ses côtés même si elle ne parle pas, c'est une présence qu'il lui faut. Il suffit que l'on sorte, et à notre retour on la retrouve toute triste* » (sa petite-fille par alliance). Fatima n'attribue sa situation d'aujourd'hui qu'à elle-même : si seulement elle avait osé se remarier, elle n'en serait pas là aujourd'hui : « *C'est moi qui était 'aveuglée', on m'a beaucoup demandée en mariage et je refusais, je ne savais pas que j'allais vivre ce 'del'*¹⁶, vivre seule, personne pour ouvrir une lettre, je ne savais pas que tout ceci allait m'arriver ... »

Lorsque l'on investit le champ des relations quotidiennes, on s'aperçoit que pour les deux femmes isolées : Aicha et Fatima, les seules personnes qu'elles voient plus ou moins régulièrement sont deux assistantes sociales. Elles leur rendent visite, les aident dans leurs démarches administratives. Egalement d'origine marocaine, le contact est facile, elles sont fort appréciées : « *Pour les papiers Houria m'aide beaucoup, elle vient même chez moi. Elle m'a repris un rendez-vous chez un autre cardiologue, celui que j'ai depuis des années n'est pas bien ...* » (Fatima). Isolées, elles recherchent un soutien social auprès des intervenants sociaux (assistantes sociales, formatrices en français).

Par ailleurs, les femmes interrogées font la distinction entre la vie en Belgique et celle au Maroc. Ce sont les liens qui font la différence. La société y serait moins individualiste, les relations familiales et de voisinage sont présentes : « *Je suis restée un peu plus d'un an seule au Maroc. Je vivais à peu près comme ici, mais là-bas il y a quand même les voisins que je vois, je reste un peu avec eux, il y a la famille, je vais chez eux, ils viennent chez moi. Ici je n'en ai pas beaucoup et chacun est occupé à ses affaires et ses problèmes* » (Rahma).

¹⁵ SAYAD A., « Vieillir dans l'immigration », *Migration santé*, n° 99, p. 7- 23.

¹⁶ Terme difficile à traduire qui signifie un état de décadence.

Mais ces femmes, toutes attachées au pays d'origine, doivent se résigner à choisir de vivre leurs derniers jours en Belgique, où, contrairement au Maroc, la sécurité sociale et les services sociaux leur permettent de subvenir à leurs besoins. Mais ceci les prive, selon elles, d'une vie plus en lien avec les gens. Les femmes isolées interrogées sont en perte de liens sociaux, elles risquent de se situer dans « *la zone de vulnérabilité entre intégration et désaffiliation* »¹⁷, elle vivent le « *versant négatif de l'individualisme* »¹⁸ parce que le manque de soutien, de présence, de protection, d'aide les met dans une situation d'isolement et de fragilité. Selon Castel, en effet, « *il y a risque de désaffiliation lorsque l'ensemble des relations de proximité qu'entretient un individu sur la base de son inscription territoriale, qui est aussi son inscription familiale et sociale, se trouve en défaut pour reproduire son existence et pour assurer sa protection* »¹⁹. Les souffrances occasionnées par leur situation ont des répercussions sur leur santé physique et mentale, mais elles ne baissent pas pour autant les bras. Certaines mettent en place des stratégies pour sortir de cette solitude pesante.

A la recherche de liens ... malgré tout

*« La souffrance n'empêche pas de vivre, au contraire, elle peut stimuler »*²⁰.
Jean FURTOS

Certaines femmes rencontrées tentent de créer ces liens perdus ou fragilisés par l'entremise notamment de cours d'alphabétisation. Ainsi, Rahma, inscrite depuis 2 ans dans une association, ne rate pas les cours de français, même si elle est malade. Elle recherche des liens sociaux, mais, lorsque nous l'observons en compagnie d'autres femmes au cours de français, c'est une femme plutôt silencieuse et effacée. Elle semble rechercher la compagnie, le contact visuel.

« Grâce à l'école, j'ai commencé à apprendre un peu à lire, avant je ne connaissais rien. J'ai pris beaucoup de temps pour apprendre, mais ça va. Je vois les autres femmes, on parle, on rigole un peu. Ce n'est pas comme ici à la maison, je ne vois personne. S'il n'y avait pas la télévision, je serais devenue folle. Je retire un peu d'ennui, j'écris un peu ... A l'école, je vois des gens (...). Je vais quand même à l'école même si je suis malade, je bois les calmants. Je préfère y aller que rester comme ça ».

Aicha, quant à elle, semble positive malgré sa séparation et ses problèmes de santé : elle semble avoir pris la décision d'enfin prendre sa vie en main et de se libérer du joug des hommes même si le regard social semble avoir une influence sur elle. « *L'année prochaine, je vais retourner à l'école pour apprendre le français. Il me faut un peu de français pour pouvoir lire les papiers. Au Maroc, mon père ne voulait pas qu'on aille à l'école, on ne pouvait pas sortir (...). Je ne vais pas à la mosquée ni dans une association, je n'aime pas que les hommes me voient aller et venir. Je sens que partout les gens font attention à moi et me surveillent* ». Mais Fatima, mère, refuse de nouer des liens. Après des expériences négatives, elle a décidé de ne plus faire confiance aux gens. Ses seuls bouffés d'air frais consistent à se rendre au marché une fois par semaine ... quand elle en a la force. La souffrance vécue par certaines des interlocutrices ne les empêche pas de rechercher des solutions pour sortir de l'isolement. Elles tentent de mettre en place des stratégies « acceptables » socialement et culturellement. Il est à remarquer que les cours de français ou d'arabe constituent l'occupation privilégiée. Ces cours semblent légitimés au sein de la communauté marocaine.

Préserver sa dignité dans la dépendance

« En ce temps-là, la vieillesse était une dignité ; aujourd'hui, elle est une charge »
CHATEAUBRIAND, *Mémoires d'outre-tombe*

Etre dépendante des autres peut aussi constituer une souffrance quotidienne. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les personnes âgées maghrébines ayant des proches ne font pas forcément appel à leur aide de gaieté de cœur. Les mentalités changent. Pour certaines, il est culturellement normal d'être prise en charge, mais pour d'autres cela pèse sur leur quotidien. Même pour Rahma, arrivée en Belgique il y a cinq ans, l'idée d'être prise en charge par ses enfants est difficile à accepter. Dépendante financièrement, elle n'a eu d'autre choix que d'accepter la proposition de ses enfants de s'installer en Belgique.

¹⁷ ATTIAS-DONFUT C., DELCROIX C., « Femmes immigrées face à la retraite », *Retraite et société*, 2004/3, n° 43, p. 137-163.

¹⁸ JAMOULLE P., *Processus de précarisation, enjeux de définitions*, notes de cours, 2009.

¹⁹ CASTEL R., *Les Métamorphoses de la question sociale*, Librairie Fayard. Paris, 1995, p. 52.

²⁰ FURTOS J., *La santé mentale en actes de la clinique au politique*, p. 18.

« C'était très difficile, vraiment (ses yeux se troublent). J'ai passé deux années (chez mon fils) difficiles après mon arrivée. J'ai pensé retourner au Maroc, mais je n'ai plus de travail c'est difficile d'en trouver tout est « serré », je n'ai pas ma maison, mes enfants ne peuvent pas me payer le loyer et la nourriture. C'est pour ça que j'ai patienté. C'était difficile, c'était mon fils et ma belle-fille, mais ça reste « la fille des gens »²¹, je n'ai jamais ramené des problèmes dans leur couple. C'est moi qui ai difficile. »

« Je ne veux pas appeler les gens souvent je n'aime pas abuser. Appeler mon fils ou ma fille qu'ils viennent de Liège, je préfère patienter dans ma douleur, je ne veux pas déranger les gens ».

Aziza, quant à elle, occupe la place valorisée de la doyenne au sein de sa famille. Elle est soignée par ses proches et refuse toute aide extérieure comme une aide-soignante pour lui donner son bain. « Elles ne savent pas me laver comme il le faut, Hayat me lave bien, d'ailleurs je lui ai fait promettre de me laver le jour de ma mort, je ne veux personne d'autre ». Mais la lourdeur de la tâche se fait ressentir sur la belle-fille malgré toute sa bonne volonté : « Elle, elle va très bien, elle est en forme, c'est plutôt moi qui vais mal ».

Mais pour les personnes isolées, elles n'ont pas d'autre choix que de faire appel aux services d'aide existants. Elles se trouvent alors confrontées à d'autres soucis d'ordre culturel : la langue, le rapport au corps, l'alimentation, ... « Quand je tombe malade maintenant j'appelle le CPAS, ils me font comme une maison de repos à la maison, ils m'apportent à manger, mais je jette ce n'est pas halal. (...). Puis il y avait la dame qui venait me laver et me faire du café. Ça change à chaque fois parfois une Marocaine, parfois une Belge, parfois un homme quand c'est l'homme je lui dit non tu ne me laves pas fais-moi juste le café, c'est très honteux quand il prend 'le pot' pour le vider, honteux. Quand j'étais malade, je mangeais du pain et des dattes, du pain et du fromage, c'est tout, jusqu'à ce que je sois sur mes pieds ! » (Aïcha).

Fatima y fait aussi référence lorsqu'elle parle des maisons de repos : « Je n'irai jamais dans une maison de repos, j'y ai travaillé, j'ai vu ce qu'on leur fait. C'est incroyable, ce qu'ils donnent aux Belges tu es obligée de le manger ... je ne veux pas ça. Avec des musulmans oui, on peut prier, manger halal²² ... ». En fin de parcours, « les personnes d'origine arabe et de confession musulmane marquent souvent un attachement croissant à la religion »²³. Sylvie Carbonnelle pointe dans une étude la méconnaissance réciproque entre la population âgée immigrée et les services. Ceux-ci y déclarent leur peu d'expérience de travail auprès de cette population ... parce que moins sollicités. Il n'est pas aisé de s'adapter à « cet autre monde : autre organisation, autre gestion de l'espace privé, autres modes de vie, autre rapport au corps et à la sphère intime »²⁴. Les femmes interrogées ont fait part de leur difficulté à demander de l'aide, ressentie comme un fardeau qu'elles feraient porter à leurs aidants proches. Etre digne serait alors équivalent à être autonome. Il s'agit pourtant de femmes majoritairement encore capables d'assurer leurs soins et besoins quotidiens.

Quelques pistes d'intervention et de réflexion

Les récits de ces femmes ont mis en évidence la multitude des facteurs entrant en ligne de compte dans le vécu de vieillesse des femmes immigrées. Pour atténuer la souffrance d'origine psychosociale, les femmes semblent être confrontées à une approche hypermédicalisée, qui ne fait que mettre un pansement sur des blessures profondes. Selon différentes études, il ressort, en effet, que « beaucoup de troubles physiques et mentaux récurrents chez certains immigrés âgés auraient des racines plus profondes et devraient être analysés sous l'angle de la psychologie. (...) La nostalgie du pays d'origine, le désir toujours vivace d'y retourner, l'attachement à des valeurs culturelles et sociales (...) constituent une source de mal-être pouvant être à l'origine de graves dépressions »²⁵.

Quelles seraient alors les pistes d'intervention pour ce genre de situation ? Une sensibilisation des acteurs du terrain psycho-médico-social nous paraît essentielle afin de tenir compte de la complexité des situations. Il ne s'agit pas d'une approche exclusivement médicale, culturelle ou religieuse de la personne âgée immigrée, mais également sociologique et psychologique. C'est à ce niveau qu'il serait intéressant de sensibiliser les professionnels du monde médical (souvent les interlocuteurs privilégiés des personnes âgées) : les actes purement médicaux ne peuvent pas constituer une réponse exclusive aux souffrances d'origine psychosociale de ce public. Soutenir et promouvoir une approche de santé globale et un travail de collaboration entre les différents partenaires psycho-médico-sociaux

²¹ Expression qui met l'accent que le fait que les relations ne sont pas filiales, et n'ont donc pas obligatoires.

²² Nourriture respectant les préceptes religieux

²³ MANÇO A., LOUTZ N. dans PERRIN N., p. 480.

²⁴ CARBONNELLE S., *Les politiques à l'égard des migrants âgés : la construction d'un nouveau risque social*, p. 20.

²⁵ PERRIN N., « Le troisième âge immigré en région wallonne », MARTINIELLO et al. *Immigration et intégration en Belgique francophone*, p. 480.

permettrait d'atténuer le mal-être des personnes âgées immigrées et de tenir compte de tous les facteurs concourant au mal-être.

En effet, une approche de santé globale est pertinente lorsque l'on sait qu'elle considère la maladie comme résultant de facteurs complexes et touchant plusieurs sphères (organique, psychique, sociale, économique, environnementale). Cette approche est d'ailleurs développée par les maisons médicales. Par ailleurs, pour atténuer les effets de la souffrance psychosociale sur le corps, il faudrait permettre à ces femmes d'exprimer leur mal-être par d'autres moyens : les associations d'éducation permanente ont pour cela un rôle important à jouer, mais aussi d'autres intervenants psycho-médico-sociaux. Ce travail préventif concerne d'ailleurs les femmes immigrées en général.

De fait, sur le terrain professionnel, j'ai rencontré beaucoup de jeunes femmes qui souffraient de l'immigration par regroupement familial, à ceci s'ajoutaient des soucis d'ordre conjugal, financiers, d'estime de soi. Mettre des mots sur la souffrance d'origine psychosociale permettrait d'atténuer les maladies psychosomatiques. Encore faut-il venir à bout des barrières linguistiques ... Enfin, des structures d'accueil alternatives peuvent être d'un grand secours pour les personnes âgées isolées ou pour les aidants proches de personnes âgées.

La question d'adapter les maisons de repos ou de créer des institutions « monoculturelles » suscite, en effet, des débats. La conclusion de l'étude de Vincent LITT²⁶ a montré qu'il n'y avait pas de demande de la part de la communauté immigrée interrogée. Celle-ci perçoit la chose de manière négative : d'abord parce qu'elles sont synonymes de prisons, ensuite parce que cela constitue pour la personne âgée « l'expression d'un échec, celui de l'éducation de ses propres descendants »²⁷. Mais quel est l'avis des personnes isolées, sans familles ?

Des initiatives de maisons de repos mono ou multiculturelles existent pourtant en Allemagne et aux Pays-Bas sans pour autant être des « ghettos » craints par certains. Par ailleurs, il existe des initiatives qui permettraient aux aidants proches de « souffler », de se former à cette prise en charge, mais surtout de permettre à la principale personne concernée de créer des liens qu'elle soit entourée ou non par sa famille. Comme on l'a vu chez Aziza, les moments de solitude sont tout de même présents lorsque ses proches vaquent à leurs occupations.

Des centres de jours ou des initiatives telles que la maison Biloba²⁸ ou les habitats kangourou devraient être encouragées. Ces derniers offrent une formule particulière : « la personne âgée s'installe au rez-de-chaussée d'un habitat tandis qu'un jeune ménage ou une famille occupe le reste de la maison. Dans la plupart des cas, la personne âgée est la propriétaire ou le bailleur des lieux et il est prévu un contrat qui précise les modalités de la relation de services et le loyer modique payé par la famille. Cette formule d'habitat simple et efficace permet aux personnes âgées de mieux vivre chez elles grâce à un voisinage bienveillant. »²⁹ Ces formules alternatives ouvrent le champ des relations intergénérationnelles et interculturelles riches d'expériences et de partages.

Conclusions

Investiguer le terrain des personnes âgées immigrées, c'est se plonger dans une problématique au croisement de différentes souffrances : souffrance de l'exil, souffrance de la perte de liens, souffrances du temps qui passe et du corps qui change ... qui se fragilise. « Il s'agit d'une douleur d'existence, d'une souffrance qui peut certes accompagner une douleur organique, mais aussi l'humiliation, le mépris social, ou pire l'indifférence »³⁰.

J'ai voulu par ce travail d'enquête recueillir le vécu de femmes marocaines âgées immigrées et ainsi mettre en lumière les défis du quotidien. J'ai ainsi rencontré des femmes dont l'histoire migratoire a façonné leur état actuel, a laissé des traces indélébiles qui se traduisent souvent par des souffrances physiques et mentales. J'ai aussi rencontré des femmes marocaines aux parcours migratoires atypiques marqués par un désir d'indépendance pour certaines (Rahma préfère habiter seule qu'avec son fils) ou par l'absence d'un réseau familial et même social (Fatima, Aïcha).

²⁶ LITT V., *Cadre social d'un projet de lieu de vie pour les personnes âgées d'origine turque et marocaine, étude réalisée pour la maison médicale du Nord, Rapport final.*

²⁷ KORCHI in PERRIN N., p. 482.

²⁸ PREVOST M., « La maison Biloba », *Santé conjugée*, n° 49, 2009, p. 70-73.

²⁹ LUALABA LEKEDE A., « L'habitat kangourou », *Question santé*, 2007.

³⁰ FURTOS J., « Les effets cliniques de la souffrance d'origine sociale », *Mental'Idées*, n° 11, p. 24.

Ceci nous montre que l'on est parfois loin de l'image de la femme immigrée passive (économiquement) ayant émigré pour simplement rejoindre son mari et qui atteint l'âge de la vieillesse entourée de sa famille. Le manque de liens est douloureux : loin de l'image qu'elles se faisaient d'une vieillesse marocaine traditionnelle, certaines personnes interrogées en souffrent au quotidien d'autant plus qu'elles ne semblent pas y avoir été préparées. Trois de mes interlocutrices semblent en situation de vulnérabilité mentale et physique. Cette fragilité est probablement accrue lorsqu'à leur statut de « femme » s'ajoute une perte de soutien, de protection de la part des membres de la famille. Elles sont en risque de « désaffiliation » à partir du moment où leurs relations de proximité sont mises à mal.

Cette enquête a, par ailleurs, mis en évidence la capacité de certaines femmes à mobiliser leurs ressources internes pour faire face à leur isolement : faire le pas pour s'inscrire à des cours de français, synonyme de lieu où elles peuvent créer du lien, ne va pas forcément de soi. Le soutien psychosocial est recherché auprès d'intervenants sociaux (assistantes sociales ou formatrices en français), mais aussi auprès du corps médical. Ceux-ci deviennent parfois « famille de substitution ». Par ailleurs, le désir d'autonomie observé dans les entretiens pose la question de l'évolution des mentalités : la prise en charge par les enfants (allant de soi traditionnellement) devient un fardeau pour certaines femmes et provoque parfois un sentiment de culpabilité. Les services d'aide à domicile, par contre, ne rencontrent pas leurs attentes culturelles et/ou religieuses. Il est évident que certaines problématiques soulevées ici concernent également la population autochtone, surtout lorsque celle-ci rencontre une fragilité d'ordre socio-économique. Mais « *Vieillir dans un pays autre que celui d'où l'on vient signifie souvent être confronté à des conceptions différentes de la vieillesse, du statut et du rôle des personnes âgées* »³¹.

La question du vieillissement des migrants se pose en termes culturels, mais est aussi à envisager selon l'hétérogénéité des situations : trajectoires personnelles, connaissances linguistiques, vécu de l'immigration, situation économique, réseaux familial et social, ... Soutenir et accompagner les migrants âgés nécessite, dès lors, de la part des professionnels de divers secteurs, un travail en interdisciplinarité et une connaissance des multiples facteurs entrant en ligne de compte dans les réalités de vie de ce public. La problématique de la vieillesse immigrée et bien plus tard ...celle du vieillissement des générations issues de l'immigration risque d'être confrontée à de nouveaux défis selon l'évolution des mentalités au sein même des communautés, l'évolution des modèles familiaux, des règles et valeurs, du rapport au religieux, des conditions socio-économiques.³² Je terminerai par cette phrase de Pascale Jamoulle pointant les défis des générations issues de l'immigration : « *L'enjeu fondamental, pour les enfants de migrants, comme pour tous les jeunes aux appartenances plurielles, est de pouvoir inventer de nouvelles formes de pensées et de vie à partir des différentes constellations culturelles qui les habitent, sans se déraciner* »³³.

Bibliographie

- ATTIAS-DONFUT C., DELCROIX C., « Femmes immigrées face à la retraite », *Retraite et société*, 2004/3, n° 43, p. 137-163.
- CARBONNELLE S., « La politique à l'égard des migrants âgés : la construction d'un nouveau risque social ? », *L'Observatoire*, n° 61, 2009, p. 17-21.
- CASTEL R., « Les métamorphoses de la question sociale », Librairie Fayard, Paris, 1995.
- CUYVERS G., « Le regard du chercheur » in *Bien vieillir à Bruxelles, les rides de l'immigration*, actes du colloque 2006, Commission communautaire commune Bruxelles capitale, Collection Ikebana.
- DE LA NOE Q., « Vieillir en exil, ruptures et transmissions », *Champs psychosomatique*, 2001/4, n° 24, p. 81-98.
- DE SPIEGELAERE M., « Quelques données épidémiologiques : étude sur les différences de santé », *Santé conjugquée*, n° 29, juillet 2004, p. 52.
- FURTOS J., « Les effets cliniques de la souffrance d'origine sociale », *Mental'Idées*, n° 11, 2007, p. 24-33.
- FURTOS J., « Souffrir sans disparaître » in *La santé mentale en actes de la clinique au politique*, Erès, 38 p.
- HAMAMA N., « L'immigré maghrébin : comment exister hors travail », *Ecarts d'identités*, n° 72-73, 1995, p. 11-12.
- JAMOULLE P., *Fragments d'intime*, Ed. La Découverte-Alternatives sociales, Paris, 2009, 264 p.
- JAMOULLE P., *Processus de précarisation, enjeux de définitions*, notes de cours, UCL, 2009.
- LITT V., *Cadre social d'un projet de lieu de vie pour les personnes âgées d'origine turque et marocaine, étude réalisée pour la maison médicale du Nord, Rapport final*, Bruxelles, novembre 2007, 60 p.
- LUALABA LEKEDE A., « l'habitat kangourou », *Question santé*, 2007, 20 p.
- LUALABA LEKEDE A., « Le vieillissement des migrants », *Bruxelles Santé*, n° 49, 2008, p. 13-21.
- PERRIN N., « Le troisième âge immigré en Région wallonne » in, MARTINIELLO M., REA A., DASSETTO F. (ed.), *Immigration et intégration en Belgique francophone*, Academia Bruylant, Louvain-la-Neuve, 2007, p. 471-485.
- PREVOST M., « La maison Biloba », *Santé conjugquée*, n° 49, 2009, p. 70-73.
- SAMAOLI O., *Retraite et vieillesse des immigrés en France*, L'Harmattan, p. 84.
- SAYAD A., « Vieillir dans l'immigration », *Migration santé*, n° 99, p. 7-23.
- SAYAD A., BOURDIEU P., *La double absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Seuil, Paris, 1999, 439 p.

³¹ CARBONNELLE S., « La politique à l'égard des migrants âgés : la construction d'un nouveau risque social ? », *L'Observatoire*, n°61, 2009, p. 18.

³² CARBONNELLE S., op. cit., p. 21.

³³ JAMOULLE P., *Fragments d'intime*, p. 225.

Les nouvelles églises congolaises en Belgique et les jeunes issus de l'immigration

Hélène MADINDA

Présidente de l'association Congo Forum



Photos : ANDREA GERSTNETROVA

Les « églises du Réveil » sont des formations qui se déclarent issues du christianisme et généralement inspirées par le mouvement du *Great Awakening* qui fut, au XIX^e siècle, aux Etats-Unis, une vague de réveil religieux. Si plusieurs églises du réveil ont une doctrine ou des enseignements adaptés par des pasteurs indépendants, d'autres font partie des structures plus ou moins vastes. Sarah Demart³⁴, mettant en perspectives un discours sur l'intégration qui se développe depuis quelques années, dans des églises à caractère ethnique en France et en Belgique, écrit : « *D'obédience pentecôtiste et évangélique, ces églises issues des migrations congolaises (RDC) se comptent à l'échelle de l'Europe, par centaines, pour ne pas dire par milliers. Si cette nouvelle branche du protestantisme donne à voir un mouvement pluriel et fragmenté, des constantes sont toutefois observables, notamment l'affirmation du droit à se penser en dehors des logiques d'assignation à l'altérité. Il en résulte un discours intégrationniste inédit qui se donne à voir comme rupture avec un rapport ancien qu'actualiserait l'ordre des hiérarchies et des centralités autochtones.* »

Le nombre toujours croissant des membres de ces églises – jeunes et moins jeunes, hommes et femmes – rend nécessaire une amorce de réflexion. Plus précisément, ce phonème nous oblige à nous poser la question de savoir de quelle manière ces pratiques spirituelles et religieuses peuvent contribuer à faciliter, à promouvoir et à favoriser la dynamique du « bien vivre ensemble aujourd'hui », dans une Belgique multi et interculturelle.

Pourquoi de nombreux migrants et jeunes issus de migrants d'origine subsaharienne tiennent-ils à intégrer les églises du Réveil ? Comment les pratiques de ces églises contribuent-elles à changer leur vie ? Que représentent ces pratiques spirituelles et religieuses pour eux ? Quel rapprochement existe-t-il entre les pratiques spirituelles et religieuses des églises du Réveil et leurs droits et devoirs de citoyen ? Quel est l'apport chez les jeunes plus précisément, des pratiques spirituelles et religieuses de ces nouvelles églises dans les processus de création et de quête d'identités, de recherche de solutions aux problèmes que pose la vie dans la société belge et les relations avec les régions d'origine ?

Telles sont les multiples interrogations que suscitent, d'une part, le développement de nouvelles Eglises, et, d'autre part, la détermination des parents, au sens large du terme, à y entraîner leurs jeunes enfants.

³⁴ Sarah Demart, « Le 'combat pour l'intégration' des églises issues du Réveil congolais (RDC) », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 24, n° 3, 2008, URL : <http://remi.revues.org/index4840.html>. Consulté le 02 juillet 2010.

Joseph Ki-Zerbo dans son *Histoire de l'Afrique noire*³⁵ dit : « l'histoire africaine doit être une source d'inspiration pour les générations qui montent (...). Ce qui frappe dans les pays européens, c'est cet auto-investissement continu du passé dans le présent. La continuité n'est pas rompue ».

Dans leurs pratiques, les églises du Réveil rencontrent-elles cette préoccupation ? Seraient-elles susceptibles de reprendre les idées sous-jacentes de Simon Kimbangu³⁶ ou de André Mastwa³⁷, pour ne citer que ces deux-là, dans le développement de leur propre stratégie d'avenir ? Enfin, où en est-on dans le domaine de la recherche sur les nouvelles églises africaines, pour la création des conditions d'un débat de société ouvert et constructif en cette matière, réunissant l'universalité des protagonistes à savoir les décideurs politiques et les acteurs qui ont en charge l'accompagnement des jeunes, tels que les enseignants, les psychopédagogues, les travailleurs sociaux, les éducateurs, les responsables des mouvements de jeunesse, les parents, ainsi que tout adulte tuteur de jeunes.

Force est de constater l'absence quasi totale, pour ce qui est de la Belgique, des sources écrites sur cette matière. Ce qui donne à penser que le sujet n'attire pas encore l'attention de notre société. Nous espérons que les quelques données collectées de diverses façons donneront la mesure de l'importance de la question et généreront des projets d'enquêtes susceptibles d'approfondir la thématique.

Méthode de travail

La spiritualité est un des droits humains fondamentaux. Cependant, les croyances et la vie spirituelle sont des sujets sensibles et délicates où l'approche critique, au sens scientifique du terme, peut facilement indisposer, voire blesser les individus. Face à ce constat, la recherche est une impérative nécessité : comment approcher les personnes concernées, chercher à les comprendre, comment dialoguer avec elles ? Comment créer une atmosphère de confiance et de respect susceptible de faciliter la collecte d'informations ?

Pour notre part, nous avons commencé par l'organisation de réunions de travail pour constituer une équipe d'enquête interdisciplinaire au sein de notre association³⁸. Ensuite, nous sommes passés à l'étape d'entretiens individualisés dans nos milieux de vie, ainsi qu'avec des pasteurs. Et enfin, nous avons terminé par l'organisation de groupes de paroles avec des jeunes, des parents³⁹ et des encadreurs dans les églises, durant le premier semestre 2010. L'article synthétise les principales observations et conclusions.

Il est très difficile d'accéder aux membres des églises sans l'autorisation du pasteur. Aussi, une familiarisation avec des pasteurs fut entreprise, laquelle a consisté à assister aux cultes et à dialoguer avec les religieux. Une approche systémique de proximité nous a semblé la plus appropriée pour effectuer un travail d'observation efficace : plusieurs personnes ont été rencontrées par église et par famille. Un échantillon de 50 églises a été établi, chaque église regroupant de nombreuses familles. Les critères de choix des églises furent les suivants :

- 5 églises d'au moins 500 membres ;
- 15 églises d'au moins 100 membres ;
- 30 églises de moins de 100 membres ;
- 20 associations sans but lucratif constituées en Eglises ;
- 30 associations de fait constituées en Eglises ;
- 1 église du renouveau charismatique catholique ;
- 1 du renouveau protestant pentecôtiste ;
- 1 centre d'enseignement de « la spiritualité nègre fondamentale ».

Ces proportions reflètent ce qui est empiriquement connu de la répartition des lieux de cultes subsahariens en Belgique.

³⁵ Joseph Ki-Zerbo, *Histoire de l'Afrique noire*, éd. Hatier, Paris, 1972.

³⁶ Simon Kimbangu (1887-1951), est un religieux, prédicateur et guérisseur congolais connu pour ses enseignements qui donneront naissance au kimbanguisme.

³⁷ André Matswa (1899-1942) est un homme politique du Congo-Brazzaville. Les circonstances de sa mort n'ont jamais été élucidées. Il est transformé en martyr, son nom est associé au culte de Kimbangu.

³⁸ Cette équipe est composée d'un enseignant, d'une psychologue sociale, d'une logopède, d'une spécialiste en éducation permanente et d'une responsable de centres psycho-médico-sociaux.

³⁹ Dans les communautés africaines, le terme parents englobe les géniteurs, les tantes et oncles, et des amis proches.

Constats majeurs

On constate que de nouvelles sensibilités religieuses ont vu le jour ces dernières années parmi les populations africaines immigrées en Europe, en réaction aux cultes classiques du protestantisme et du catholicisme. Au sein de nouveaux cultes, on observe l'usage des langues africaines, l'importance de la musique et des chants africains, ainsi que la présence d'instruments du continent. En outre, on note des liens entre ces églises en Europe et diverses tendances du protestantisme américain (le « Renouveau charismatique ») qui, ces dernières décennies, ont donné naissance à diverses formations religieuses dans beaucoup de pays africains.

Ces évolutions ont inspiré pas mal d'intellectuels et ont généré une nouvelle génération de prophètes et pasteurs africains qui ont créé soit des églises du Réveil soit de centres spirituels plongeant leurs sources dans les « racines ancestrales nègres ». Si la plupart des églises de Belgique ont été importées d'Afrique, d'autres ont été créées en immigration.

En Belgique, ces églises sont présentes à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie. On en dénombre environ 250. Ce chiffre correspond aux églises ayant acquis le statut d'association sans but lucratif. A côté de celles-ci, on trouve également de nombreuses petites églises non déclarées, ayant leur siège au domicile des pasteurs. Aussi l'ampleur du phénomène est difficile à cerner. Néanmoins, une immersion dans les milieux de vie des migrants africains permet de récolter des informations.

On constate qu'environ 90 % des membres des communautés africaines de Belgique se retrouvent chaque dimanche, durant de longues heures, dans des cérémonies de prière. On constate également que les familles s'y rendent en masse avec leurs enfants. Les lieux de culte qui sont des espaces de regroupement communautaire et les cérémonies constituent aussi des moments de socialisation potentiellement adéquats pour parler des problèmes d'intégration et des difficultés des jeunes.

Les églises subsahariennes prônent un discours exclusiviste et se montrent peu tolérantes vis-à-vis des autres églises. Les églises charismatiques des religions classiques, catholique et protestante, restent très proches des valeurs chrétiennes, exception faite de l'expression de la foi qui est plus exaltée dans les « nouvelles églises » visitées. Ces églises qui constituent la grande majorité du champ véhiculent encore d'autres valeurs.

Dans la pensée de ces églises, l'acceptation du Christ comme sauveur grâce au don de l'Esprit Saint est fondamentale. La vision et la représentation du monde sont manichéennes : le combat du bien contre le mal est la pierre angulaire de leur enseignement. La peur du mal et des démons conditionne l'agir des membres. Tout se passe comme si l'être humain était déresponsabilisé : tout échec ou malheur est l'œuvre du diable et toute réussite est don de Dieu. Dans la pensée des fidèles, la guérison miraculeuse de toutes les maladies est présentée comme un fait avéré et une preuve d'une foi profonde.

Au niveau de la vie quotidienne, les relations homme/femme et le partage des tâches du ménage renvoient au renforcement des rôles traditionnels et à la stigmatisation de la femme perçue et présentée comme un être vulnérable face aux forces du mal.

Le lien de dépendance morale avec le pasteur est fort. Le pasteur constitue le référentiel, souvent, il est suivi sans questionnement. Tout ce qu'ordonne le pasteur est une injonction divine qui ne peut être remise en cause.

Chaque nouvelle église, prise individuellement, est convaincue d'être l'unique détentrice de la Révélation. Cette attitude peut inciter au rejet d'autrui et complexifier l'ouverture à d'autres modes de pensée. Cela risque d'entraver, dans une société multiculturelle, la compréhension et le respect des différences culturelles, morales et sociétales.

Le Centre d'enseignement de « la spiritualité nègre fondamentaliste » tout en étant aussi dogmatique que les autres églises, se démarque des tendances du Renouveau. Ce centre rejette tout enseignement religieux extra-africain et prône le retour au culte des ancêtres nègres. Ainsi, dans cette pensée religieuse, la culture de la peur est exclue. Ce centre pratique également l'accueil et l'hébergement de jeunes en difficulté. La majorité des jeunes de ce centre y sont arrivés au terme des trajectoires sinueuses comprenant la rupture avec les familles biologiques, le passage dans différentes églises de Réveil et l'adhésion au mouvement kamite⁴⁰.

⁴⁰ Le kemitisme est un ensemble de croyances et de pratiques qui s'inspirent librement de la religion de l'Égypte ancienne. Cette pensée panafricaine cherche à faire connaître et renaître la philosophie des anciens kémites, en tant qu'héritage culturel de l'Afrique. C'est une forme de réappropriation et revendication de ses origines, un retour aux sources.

Lors de nos visites parmi les églises de Réveil, divers indices de traitements traumatisants visant de jeunes fidèles ont été relevés : jeûnes prolongés, isolement, aveux d'être possédé de mauvais esprits, extorqués au prix d'interminables prières et cris, exorcisation à coups de sévisses corporels, etc. Une vingtaine d'églises sont concernées, soit 40 % dans l'échantillon !

Les rencontres avec les pasteurs montrent que s'il y a des religieux formés, certains sont sans formation, mais ils sont réputés être « appelés par l'esprit ». Parmi les 50 pasteurs et prédicateurs qui ont accepté des entretiens individualisés, 20 % ont suivi le cursus classique de théologien, 80 % affirment avoir été appelés par Dieu, sans être formés d'une autre façon. L'appel est reçu dans le songe ou à travers une vision, soit directement par les appelés concernés soit indirectement par d'autres pasteurs auxquels le message divin aurait été envoyé. Pour de nombreux pasteurs et leur famille élargie, leur église est également leur source de revenus.

Durant la recherche, des groupes de parole ont été organisés (un par église visitée) avec un total de 450 participants. Cet échantillon est composé de 65 femmes adultes et 35 hommes adultes, 175 jeunes gens et 120 jeunes filles, 38 garçons préadolescents et 17 filles préadolescentes. Il laisse entendre comment le public de ces églises se répartit. Il s'agissait d'interroger les participants sur leur vécu à l'église et leurs liens à la religion, ainsi que tout autre sujet intéressant notre recherche.

Les églises et l'intégration des jeunes

Globalement, les jeunes issus des communautés africaines subissent l'interdit de mettre en cause l'autorité parentale et celle des aînés. Le milieu familial de ces jeunes est souvent caractérisé par l'autoritarisme d'un père qui ne tolère aucune contradiction, tout le monde lui doit obéissance. Certains jeunes sont contraints de fréquenter le culte et de vivre selon l'éthique des nouvelles églises. L'inégalité entre les hommes et les femmes est également une des caractéristiques de ce milieu traditionnel.

Certains de ces jeunes disent avoir du mal à concilier des modes de pensée, de raisonnement en adéquation avec leur famille, les cultures d'origines et les schèmes véhiculés par les nouvelles églises avec d'autres modes de pensée plus appropriés pour se confronter au système social, scolaire et culturel belge :

« Quand je suis à l'école ou au travail, je ne suis pas ce que je suis à la maison ; quand je rentre à la maison, je ne suis plus celle que j'étais à l'école ou au travail ! De même, quand je suis au culte, je ne suis plus ni comme à la maison ni à l'école ou au travail. Et quand je suis avec mes pairs, je suis alors là tout à fait autre ! ».

Ce témoignage qui est loin d'être isolé signale une coexistence difficile à gérer où s'enchevêtrent divers modes de pensée et d'être dans une société où de multiples cultures gravitent. Pour ces jeunes dont une grande partie de la socialisation est effectuée dans un environnement qui promeut le dialogue intergénérationnel et le traitement égalitaire entre les femmes et les hommes, il s'agit d'un véritable dilemme qui pousse beaucoup d'entre eux à un « dédoublement de comportements ». A la maison on se tait, on obéit en silence, mais dans une souffrance refoulée :

« Nos parents ne nous parlent pas, ils ne nous connaissent pas. Un mauvais bulletin ou une note en rouge dans le journal de classe sont les seuls moments d'un 'monologue' stressant : cris sermons, grandes prières. »

A l'extérieur du toit familial, les jeunes abandonnent les valeurs de la culture familiale. Ce passage d'un mode d'être au monde à un autre peut générer des dysfonctionnements chez le jeune, une situation inconnue et incompréhensible des enseignants, des travailleurs sociaux et de certains pairs. Dès lors, un trouble de communication enferme certains jeunes subsahariens dans une spirale dont la brisure passe souvent par la rupture familiale :

« Le fardeau est trop lourd à porter, le stress et la tension nous pompent une énergie dingue et usent notre énergie nécessaire à autre chose par exemple pour construire notre avenir. »

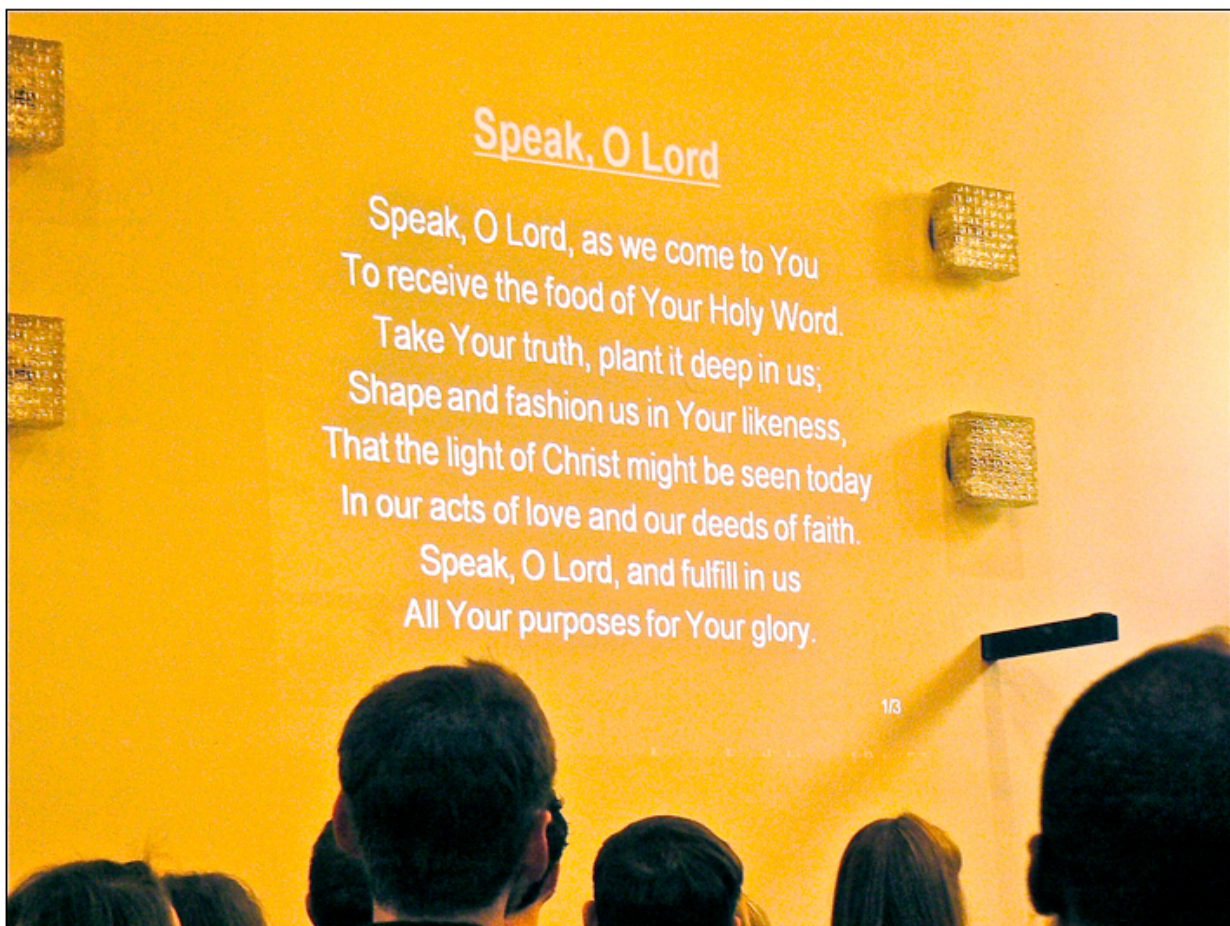
Les jeunes vivent un stress acculturatif, car contraints à se déposséder de leur rôle d'acteur social au nom de l'intervention de Dieu ou de mauvais esprits, expliquant, selon le dogme qui leur est enseigné, tout ce qui leur arrive. A l'inverse, l'école et la société ne cessent de les responsabiliser par rapport à ce qui leur arrive ou pourrait leur arriver dans la vie :

« Quand tout va bien c'est grâce à Dieu et quand tout va mal c'est la faute de 'mauvais esprits' ».

« A secours, on n'est pas malade ni invalide mental ! »

Conclusion

Certaines valeurs véhiculées par ces nouvelles églises constituent un facteur perturbant de l'intégration dans une société multiculturelle. Aussi une étude approfondie et non stigmatisante de ces structures religieuses s'impose avec urgence. Il s'agit également d'entreprendre le dialogue avec ces églises, leurs dirigeants et leurs ouailles de façon à construire des ponts entre les croyances et la nécessité de vivre en communauté culturellement hétérogène. Aussi, au sein des écoles, des centres médico-psycho-sociaux, des centres d'éducation permanente, doivent être présents des professionnels possédant une double expertise des réalités d'ici et d'ailleurs, capables de rappeler en permanence et d'aider à la prise en compte du vécu de ces jeunes « afrobélges » mis devant les exigences de divers modes de pensée et de vie.



VIENT DE PARAÎTRE :

Collection « Compétences Interculturelles »
dirigée par Altay A. Manço

Les guerres puritaines *Signes religieux et vêtements pol(ys)émiques* Bruno Martens

Ainsi le foulard musulman serait-il un signe religieux ostensible - ou encore un signe de religiosité, ce qui reviendrait ici au même. Cet énoncé fonde en tout cas sa condition d'objet polémique. Plus précisément : le foulard sera d'autant plus polémique qu'il sera considéré comme *très signe et très religieux*. Il aura donc fallu que le foulard manifeste beaucoup² de religiosité (lire « beaucoup au carré »), sinon l'affaire n'aurait jamais valu cette énorme dissipation d'énergie polémique que l'on a connue ces vingt dernières années. C'est-à-dire que le foulard doit beaucoup manifester beaucoup de religiosité - un gros signifiant pour un gros signifié, en quelque sorte.

Curieusement ou pas, dans la polémique, le débat sur le statut *religieux* du voile éclipse l'interrogation du *signe* en tant que tel. Les passions s'attachent au degré d'obligation ou de recommandation religieuse du voile et à la légitimité de sa motivation. L'on pourrait avancer que le signifiant a tendance à se faire oublier dans sa fonction de signifier le signifié et s'en tenir là. Cela pourrait suffire, en effet, s'il s'agissait par exemple seulement de relativiser l'autorité religieuse de ceux qui voudraient *obliger* les femmes musulmanes à porter le voile dans tout espace non très privé.

Oui, mais voilà, la polémique ne serait jamais devenue ce qu'elle est, s'il n'en était d'autres qui avaient voulu faire *interdire* le foulard musulman dans certains espaces très publics - parce que celui-ci manifesterait un peu trop ostensiblement du religieux, parce qu'il serait donc trop *signe*, trop *signifiant*. Cette position, par ailleurs dominante aujourd'hui en Europe continentale, oblige alors celui qui veut appréhender les ressorts de la polémique à essayer de comprendre comment ce qui était d'abord surtout un vêtement a pu aussi facilement finir par être considéré comme un signe, et à se demander de quelle sorte de signe il pourrait bien s'agir là.

Bruno Martens

Les guerres puritaines

Signes religieux et vêtements
pol(ys)émiques



L'Harmattan

Compétences Interculturelles

Bruno Martens est licencié en physique et en philosophie. Il s'implique professionnellement depuis une quinzaine d'années dans le développement de programmes locaux de cohésion sociale dans les quartiers multiculturels de la région bruxelloise. Cette pratique lui a permis de cultiver l'art de survivre en milieu polysémique surdéterminé.