

Cultures et soins à Tabane

Daniel Schurmans

Analyse parue dans l'ouvrage « *Soigner l'Autre en contexte interculturel* », paru en 2016 aux éditions de L'Harmattan sous la coordination de Luc Snoeck et Altay Manço, p. 61-66.

Dr Daniel Schurmans (cofondateur des associations « Racines Aériennes » et « Tabane », 15 janvier 2017) :

« L'IRFAM nous a conseillés dans l'organisation de plusieurs cycles de conférences, dont le but était de diffuser auprès du plus grand nombre possible d'intervenants psychosociaux liégeois les informations et la compétence nécessaires pour pouvoir accueillir les personnes migrantes, traiter les troubles psychotraumatiques, ainsi que la pathologie liée à l'exil. L'IRFAM nous a aidés aussi dans la publication de deux livres : un ouvrage collectif ("Soigner l'autre en contexte interculturel") et un essai personnel ("La fonction guérisseuse"). Globalement, l'IRFAM nous a fait connaître des moyens d'autoévaluation qui ont permis de continuer l'activité, et d'améliorer le cadre organisationnel. Il a continué ce soutien, d'une façon de plus en plus souple, jusqu'à aujourd'hui. L'aide de l'IRFAM a par exemple été déterminante dans la publication des deux volumes, surtout, pour le premier d'entre eux, collectif et complexe à mettre en route. Nous avons été aidés dans la construction de la ligne générale, dans la recherche des collaborations et dans la direction des auteurs. L'aide de l'IRFAM se manifeste encore, notamment, par le sentiment de sécurité et de compétence, vécu et partagé par l'ensemble de l'équipe. »



Note de l'Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations

Comme annoncé dans son rapport d'activité 2014, l'IRFAM s'est concentré, en 2015/2016, sur la question de la santé mentale des migrants. L'institut a abordé cette question complexe à travers une série de collaborations de longue haleine visant la valorisation et la diffusion de pratiques interculturelles qui impliquent activement les populations bénéficiaires. Dans ce cadre, les finalités de l'association sont, entre autres :

- Informer et sensibiliser le public par la publication et la diffusion de réflexions et d'analyses dans ce domaine ;
- Établir un dialogue entre les parties prenantes du domaine et introduire le concept de la responsabilité citoyenne dans les milieux dédiés à la santé mentale et sociale, concernés par la diversité de leurs publics ;
- Proposer des modalités de sensibilisation à la diversité socioculturelle en phase avec les besoins des milieux d'accueil et de soin (accompagnement d'équipes, conférences, publications et diffusion).

Au centre de cette initiative, parmi d'autres organismes, se trouvent le service de santé mentale pour migrants, *l'association Tabane à Liège*, et ses nombreux partenaires d'action et de réflexion.

La philosophie de Tabane ASBL ressemble à son histoire qui s'est construite, sur plusieurs décennies, dans l'interaction de ses intervenants professionnels, bénévoles, consultants, stagiaires et autres visiteurs. L'accompagnement de l'IRFAM, tel un bilan de cette intense activité, permet de dégager un écho méthodologique de cette évolution de vingt ans, tout en la situant dans le cadre d'autres recherches et initiatives du domaine de la santé mentale et sociale des migrants en Belgique et à l'étranger : *quelle est la spécificité du travail psychologique avec les migrants et les réfugiés ? Enfants, adultes et personnes âgées ? Comment les soignants, habitués à voir des patients plus proches de leurs références socioculturelles, se sentent-ils avec eux ?...*

Lorsque l'on travaille avec des migrants, il faut tenir compte de leur façon d'interpréter le monde, souvent différente de la nôtre. C'est ce que tente de montrer notre travail commun avec Tabane et ses alliés, tant à travers des exemples du domaine de la santé mentale qu'à travers l'analyse d'activités socioculturelles menées avec les patients migrants. Ces réflexions se prolongent également dans la sphère sociopolitique et nous interpellent en tant que citoyens : *l'accueil et l'inclusion ne sont-ils pas une implication de notre démocratie ?*

Cette collaboration s'est médiatisée, en 2016, à travers la publication de deux ouvrages dans notre collection « *Compétences Interculturelles* » aux éditions de L'Harmattan à Paris :

- *Soigner l'Autre en contexte interculturel*, paru en 2016 sous la coordination de Luc Snoeck et Altay Manço ;
- et *La fonction guérisseuse. Essai comparatiste sur les pratiques de guérison. Qu'est-ce que guérir ? Qui guérit ? Comment ?* de Daniel Schurmans, paru également en 2016.

Elle se matérialise aussi à travers la diffusion d'un numéro spécial de la lettre électronique de l'IRFAM : *Diversités et Citoyennetés* (n° 46-47, octobre 2016, accessible sur www.irfam.org) portant sur le thème « *Psychologie et migrations* ».

Enfin, les conférences organisées avec la participation de l'IRFAM, fin 2015, en 2016 et au début de l'année 2017 (essentiellement dans la région de Liège), contribuent également à la diffusion des constats critiques et des recommandations pratiques repris dans nos publications.

Ces méthodes innovantes se déclinent en thérapies collectives ou individuelles, ou encore en actions socioculturelles collaboratives. Elles ont été présentées et débattues par des experts, des acteurs, des bénévoles et des bénéficiaires, lors de réunions ou de consultations coorganisées à Liège, avec notre partenaire Tabane. Ce travail d'écoute et d'analyse collective en amont des publications a également eu lieu avec d'autres intervenants, notamment à Verviers (Espace 28 ASBL, Service de Santé Mentale de Verviers, Couleurs Café ASBL...).

Cette mobilisation réflexive a eu pour effet de « théoriser » ou de « modéliser » les pratiques en matière de santé mentale. La démarche donne lieu à une meilleure appropriation des enjeux et des méthodes développées par le réseau concerné. Un des points d'orgue de ce programme de réflexion et de débat fut, notamment, le colloque de Tabane tenu au CHR de Liège, en décembre 2015, une rencontre ayant alimenté nos publications, entre autres avec les contributions de partenaires de Suisse et de France.

Cultures et soins à Tabane

Daniel Schurmans

L'équipe de Tabane témoigne bien des adaptations et des débats nécessaires à une pratique thérapeutique et sociale afin de rencontrer les besoins de personnes traumatisées par l'exil et marginalisées par l'immigration. « L'arbre des palabres », par exemple, est un des symboles qui cristallise cette adaptation. Il évoque la culture traditionnelle. Tous nos consultants ne proviennent certes pas d'un village africain ! Mais ils ont tous, comme tous les humains, une culture : c'est-à-dire une façon de voir le monde, partagée tant bien que mal avec une famille, avec une communauté. La guerre, la torture, la misère, l'exil et l'arrivée dans un autre monde ont eu beau casser l'évidence de cette image du monde, il s'en faut de beaucoup qu'elle ait disparu. Il en reste, au moins, des points d'ancrage et de référence, d'autant plus indispensables d'ailleurs, que l'évidence qui les soutenait n'existe plus. Les exilés se raccrochent à leurs valeurs pour ne pas sombrer. Et comme ils sont également conscients de la nécessité de s'adapter, les voilà pris dans une contradiction redoutable. À Tabane, nous entrons dans cette contradiction, pour la simplifier. Nous acceptons que nos consultants aient des références qui nous échappent. Nous en postulons, *a priori*, la légitimité. Nous sommes reconnaissants à ceux qui acceptent de nous apprendre les particularités de leur image du monde. Sans doute constatons-nous, *a posteriori*, que leurs coutumes ne sont pas toujours bonnes ; mais les nôtres ne le sont pas davantage. Sous l'arbre à palabre, on peut en discuter.

Symboliquement, la vie est une toile, où s'entremêlent les fils de chaîne et de trame, les influences complexes et parfois contradictoires de nos lignées, de notre éducation et de nos amitiés. Les événements heureux et malheureux y brodent leurs motifs, et y font, parfois, des taches ou des trous. Le traumatisme psychique va plus loin : il déchire. C'est, très exactement, la continuité de l'existence qui est ainsi rompue. Il y a un avant, il y a un après : ce qui s'est passé avant le traumatisme est souvent inaccessible, apparemment gommé ; ce qui se passe après est privé de sens, douloureux, répétitif et sans intérêt. Retisser les fils de la vie, dans ces conditions, c'est le fondement de toute l'action thérapeutique. Les moyens d'y arriver sont nombreux. Mais ils se heurtent tous à un obstacle paradoxal : l'intéressé lui-même, la personne qui souffre de cette déchirure, ne supporte pas que l'on y touche. L'histoire traumatique de nos consultants a brisé la continuité biographique et détruit les liens sociaux. Nous avons à retisser ces liens et à les rétablir, entre eux et nous, entre eux et les autres, en eux-mêmes enfin, entre l'avant et l'après-traumatisme. Nous avons à rétablir chez eux la capacité de se raconter leur vie. Nous ne pouvons le faire qu'en référence aux représentations culturelles, les leurs et les nôtres, en dialogue constant.

Par rapport à la pratique habituelle des soins en santé mentale, nous avons dû faire des adaptations, qu'il faut expliquer et justifier. Nous souhaitons en discuter avec nos collègues, légitimement attachés à une pratique plus classique, car nous pensons que ces adaptations sont utiles quand on s'occupe de personnes migrantes, ou de personnes traumatisées, ou de gens qui sont à la fois l'un et l'autre. Avec une grande outrecuidance, nous pensons même que ces adaptations de la pratique nous aident et nous obligent à repenser la théorie, et à la faire progresser.

De quoi dépend donc la légitimité d'une pratique de soins ? De quoi dépend, tout autant, son efficacité ? D'abord, sans doute, de son adéquation à son objet : on ne soigne pas un délire comme on soigne une phobie. Mais aussi, de son adéquation à la personnalité du patient. Enfin, elle dépend étroitement du contexte relationnel (entre le thérapeute et le patient, entre celui-ci et l'entourage familial) *et du contexte culturel*. Le contexte relationnel, c'est la façon dont les acteurs d'une situation se positionnent les uns vis-à-vis des autres, en fonction, grossièrement parlant, de leurs rapports de pouvoir. Le contexte culturel, c'est la grille de lecture qui permet aux mêmes acteurs d'interpréter les événements (de leur donner du sens) en fonction de représentations mentales qu'ils partagent plus ou moins, s'ils ont la même culture, ou qu'ils ne partagent pas ou pas tout à fait, dans le cas contraire. Or, il se fait que toute pratique de soins, surtout en psychiatrie, s'enracine dans un contexte culturel. C'est l'état d'une société, à un moment donné de son histoire, qui a permis l'émergence de la médecine scientifique, ou celle de la psychanalyse. Dieu sait si celle-ci fut attaquée, en son temps, parce qu'on la croyait étroitement viennoise ou typiquement juive ! Si cette critique est vicieuse, ce n'est pas ici le lieu de le montrer, mais il reste que des circonstances sociales et culturelles ont permis à la théorie freudienne d'être pensée, et malgré toutes les difficultés, d'être reçue, en fin de compte. De nombreuses études anthropologiques lui trouvent des ratifications ailleurs, et jusqu'en Papouasie orientale ! Mais la pratique psychanalytique, telle qu'elle s'est développée, dans le cadre qui est le sien, ne peut être appliquée, sans modifications importantes, qu'au sein de la culture occidentale. Ailleurs, et sans ces modifications de cadre, elle peut être dangereuse, et rendre fou.

Voilà pourquoi faut-il s'occuper de questions de *cadre thérapeutique*. Nous sommes généralement très souples sur bien des questions qui font autorité. Ce n'est pas par laxisme. C'est parce que le dispositif habituel de la consultation paraît incompréhensible et inacceptable à des gens qui, s'ils s'y soumettaient, ne le feraient qu'au détriment de la confiance nécessaire et du travail d'élaboration qui leur est proposé. Pour autant, nous ne manquons pas de cadre : celui que nous avons peu à peu mis en place convient à la situation. Il repose sur une règle strictement appliquée, qui privilégie le respect mutuel, la collaboration, la recherche et la découverte d'un chemin de vie.

Mais d'où vient, pour certains, le danger des méthodes occidentales de psychothérapie ? C'est une des questions auxquelles, à ses dépens parfois, l'école dakaraise de psychopathologie a cherché à répondre. La pertinence de cette réponse frappe, aujourd'hui encore, tous les intervenants psychosociaux qui réfléchissent à

ce qu'ils font. Elle porte sur la comparaison entre la notion de personne, telle qu'elle est définie et vécue en Afrique occidentale, et celle qui est définie et vécue en Europe. Le mot wolof *Nit*, qui veut dire personne humaine, désigne un composé de plusieurs instances : l'énergie qui s'extériorise (*fit*), l'énergie intérieure (*Nuhu*) et la corporéité (*Jémé, yaram*). Elle est accessible à l'éducation, dont l'objectif est de construire une « personne de vérité » (*Nit dëgg*). Une personne accomplie, c'est celle qui sait s'enraciner dans ses deux lignages, tout en occupant, dans la société, la place que ceux-ci lui ont préparée (Mbodj, 1985). Une telle conception est celle, *mutatis mutandis*, de la plupart des sociétés dites traditionnelles. Elle s'oppose toutefois à celle que les occidentaux ont hérité de leur propre tradition historique, pour laquelle une personne accomplie, c'est celle qui est capable de s'émanciper des influences subies pour réaliser sa propre essence : « *deviens ce que tu es* ». L'objectif, explicite ou implicite, d'une psychothérapie à l'occidentale (rendre libre la personne du patient), aboutit à désinsérer le patient de ses racines, quitte à ce qu'il se les réapproprie par la suite, librement. Pour ceux qui y sont préparés, c'est une bonne chose. Mais pour ceux dont la formation (celle de leur Personne) réside précisément dans l'enracinement lignager, c'est une catastrophe. L'Européen typique est une sorte de « *lonesome cowboy* ». En Afrique, l'homme seul est un fou : on n'est humain qu'en le devenant, grâce aux liens familiaux et sociaux. Cette différence anthropologique ne divise pas l'humanité en deux espèces différentes. En effet, chaque être humain possède en lui les deux virtualités, celle d'être « enraciné » et celle d'être « détaché ». Mais quand on engage quelqu'un dans une psychothérapie, il est fondamental de deviner quelle est la « direction » vers laquelle tend la personne du patient, dans le but de s'accomplir. Il est fondamental d'en tenir compte (Schurmans, 1994).

Cela nous amène à considérer *l'engagement du thérapeute dans la relation thérapeutique*. Certains disent, en Occident, que le thérapeute (disons mieux, l'analyste) doit s'abstenir de toute entrée en relation. En fait, la relation existe, bonne ou mauvaise, dès que deux personnes interagissent. Ce qui est important, pour un thérapeute, c'est de ne pas engager dans cette incontournable relation ses enjeux personnels, qui parasiteraient ce qui doit se faire au bénéfice exclusif du patient. Mais ici la question se pose autrement : le patient est en droit de se demander si aux yeux du thérapeute, il existe vraiment. Et pour le patient, le thérapeute lui-même doit se mettre à exister vraiment. Après un trauma psychique, le monde, les êtres humains, soi-même, tous ont perdu l'évidence d'exister. Il n'y a plus, pour reprendre une expression connue, que des « *êtres bâclés à la six-quatre-deux* ». Pour montrer au patient que j'existe, et qu'il existe pour moi, je dois absolument donner quelques gages d'existence, quelques marques d'*engagement*. D'ailleurs, il faut savoir que dans les sociétés traditionnelles, la rencontre entre deux personnes ne peut se faire qu'après que chacune se soit présentée à l'autre, non seulement par son nom, qui dit déjà beaucoup, mais aussi par ses appartenances : « *Où est ton père, où est ta mère, sont-ils en paix ?* », se demande-t-on. Et on répond : « *la paix est leur seule volonté* ». Sans cela, l'autre est un homme seul, privé d'attaches, menaçant : un sorcier.

Enfin, reste encore la *position de l'usager*. Un mot sur ce terme : les gens qui viennent à nous ne sont pas des patients. J'ai moi-même utilisé ce terme, quand il s'agissait d'une psychothérapie. Dans ce cas, il se justifie. Et encore... Sont-ils des malades, ces personnes traumatisées ? L'expérience nous a montré que non, bien qu'ils souffrent et qu'à force de souffrir, ils puissent le devenir. Nous sommes souvent frappés par la force vitale qu'ils déploient pour subsister, et par la rapidité avec laquelle ils se reconstruisent lorsque les circonstances le permettent. Ce ne sont pas des malades, mais des gens blessés, qui porteront longtemps leurs cicatrices. Mais alors, quel nom leur donner ?

Ce qui est important, c'est de ne pas les réduire à la position passive du *patient*. Si l'on donne à ce mot le sens primitif de « personne qui souffre », cela leur convient. Mais le mot s'inscrit dans une tradition médicale qui suppose que l'on subisse, avec patience, les interventions de l'homme de l'art. Et cela, certes, ne convient plus. C'est même dangereux. Notre travail est de réveiller des forces de vie que le traumatisme a souvent endormies. C'est la raison pour laquelle, tout en pratiquant des psychothérapies sous des formes diverses, nous accordons une importance particulière à des interventions thérapeutiques qu'on pourrait appeler « non spécifiques ». Il s'agit de rencontres informelles, d'activités manuelles, d'excursions, de camps de vacances... Toutes choses qui visent à retisser, entre ces gens de provenance diverse, qui souffrent d'ailleurs comme nous de préjugés les uns envers les autres, un minimum de lien social ; qui visent à rendre moins hostile et plus compréhensible le pays où ils vivent ; qui visent à restaurer leur confiance en eux-mêmes et en autrui ; qui visent à leur permettre de déployer leurs capacités d'initiative, leur liberté créatrice (Schurmans, 2010).

Mais cette liberté ne doit pas se réduire aux activités, elle doit exister à tout moment, et notamment au sein même des thérapies. L'usager, le « patient », possède de lui-même et du monde une expérience unique. Jusqu'ici, cette expérience, héritée de sa famille et de sa société, lui a servi à vivre. Elle est, en bonne partie, invalidée par l'exil et par le traumatisme, mais elle est là. Notre travail sera de montrer qu'elle peut encore servir. Nous entamons donc avec lui un travail que nous appelons *coconstruction*. Il s'agit de construire ensemble un processus thérapeutique, par lequel il pourra se reconstruire lui-même, en étant un acteur de sa propre reconstruction. Nous ne prétendons pas savoir à l'avance ce qui est bon pour lui, ce qui est thérapeutique. Nous savons qu'il ne le sait pas lui-même. En mettant en commun nos ressources, nous y arriverons. *L'objet thérapeutique*, ce qui est finalement construit en tant que processus utilisable, est chaque fois différent et adapté à la situation et à la personnalité de chacun.

Tout ceci n'est pas anecdotique. Quand je disais que cela pouvait faire avancer la théorie, c'est parce que la position culturellement excentrée du thérapeute vis-à-vis de son « patient », et celle de celui-ci, devenu acteur et co-auteur de sa thérapie, vis-à-vis du thérapeute, conduisent à une vision plus généralement humaine de ce qui se passe entre l'un et l'autre. J'entends par là, une vision qui échappe aux conditionnements étroits qui nous font prendre pour universels des conceptions

strictement occidentales. Au lieu de prendre une théorie locale pour vérité absolue, nous serons alors capables de survoler les différentes approches culturelles, et d'adopter vis-à-vis d'elles le point de vue dit *métaculturel*. Nos interventions, par exemple, se passent souvent en groupe, ou tout au moins en présence d'un interprète qui représente symboliquement la communauté d'origine, voire les ancêtres morts. C'est cela aussi, notre cadre de travail : un dispositif qui rend présente la culture de l'autre, les racines de l'autre, et les met en confrontation amicale avec les nôtres.

Bibliographie

- Mbodj G. (1985), « La personne chez les Wolofs du Sénégal », Not L. (éd.), *Regards sur la personne*, Toulouse : Éd. Universitaires du Mirail.
- Schurmans D. (1994), *Le diable et le bon sens : psychiatrie anthropologique de l'Afrique Noire à l'Europe*, Paris : L'Harmattan.
- Schurmans D. (2010), *L'homme qui souffre : anthropologie de la souffrance psychique et des réponses thérapeutiques*, Paris : PUF.