

Tabane : consultation ethnopsychiatrique

Daniel Schurmans

Analyse parue dans *Diversités et Citoyennetés*, n° 46-47, octobre 2016, p. 11-13.

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.

Tabane : consultation ethnopsychiatrique

Daniel Schurmans

Le contexte dans lequel j'écris m'oblige d'être bref, pour décrire un type d'intervention thérapeutique que nous pratiquons depuis dix ans au sein de l'association Tabane à Liège et dont nous découvrons tous les jours la *théorie en marche*, avec des imperfections qui, je l'espère, se réduisent peu à peu, et aussi avec de bonnes surprises et des avancées imprévues. Au départ, il y a un dispositif thérapeutique mis au point à Paris par Tobie Nathan : la *consultation d'ethnopsychiatrie*. Le fondement de ce dispositif nous a paru intéressant et nous ne l'avons pas modifié. Quant à la manière de l'appliquer, nous ne nous sommes pas souciés d'orthodoxie et nous avons élaboré notre pratique avec ses implications théoriques, comme nous le sentions nécessaire, en fonction de nos ressources et de notre réflexion.

Le dispositif de base est connu, mais il ne sera peut-être pas inutile de le rappeler. La consultation se fait en groupe. Les consultants (une personne, un couple, une famille) peuvent se faire accompagner de ceux qu'ils veulent, amis ou alliés, intervenants extérieurs s'il y a lieu. Les thérapeutes ont tous en tant que tels une formation professionnelle qui peut être avantageusement diverse, mais ils acceptent et assimilent la méthode particulière à la consultation. Ils proviennent, c'est important, de plusieurs *univers culturels*, et témoignent au sein du groupe de leur expérience personnelle sans vouloir imposer leurs conceptions. Avant et après la séance, les co-thérapeutes se concertent, précisent leurs objectifs et tirent leurs conclusions. Pendant la séance, un *meneur de jeu* organise les débats et donne la parole. Il est responsable de l'orientation thérapeutique. Un *observateur* prend des notes. L'usage libre de la langue maternelle des consultants est garanti par la présence d'un *interprète*. Ce dispositif ne s'applique pas à tous les consultants. Il a ses indications et ses contre-indications. Il faut que les consultants s'y sentent à l'aise, plus qu'en face à face, ce qui sera souvent le cas s'ils proviennent de milieux sociaux qui privilégient la relation de groupe sur la relation duelle. Le but est de permettre l'expression et l'accueil de conceptions, croyances et représentations étrangères à la culture dominante, et d'intégrer ce matériel dans le travail thérapeutique. L'usage constant ou occasionnel de la langue maternelle des consultants, l'hétérogénéité culturelle des thérapeutes favorisent cette expression et évitent la pression culturelle souvent involontaire que les consultants subissent dans les contextes habituels.

L'accueil des croyances et des représentations

Accueillir ne veut pas dire susciter. Les consultants se situent à des degrés divers de ce qu'on nomme de façon prétentieuse *acculturation*, et qui est en réalité la

construction d'un *mixte culturel*. Ce processus est inévitable chez tout migrant, nous n'avons pas à le freiner ni à l'accélérer. Il est seulement de notre responsabilité de les aider à ce que ce mixte soit cohérent et que leur personnalité s'y retrouve. Mais nous sommes conscients de la violence culturelle qu'ils subissent. Il n'est pas question, dans les rapports ordinaires avec l'administration, les services sociaux, les médecins, de parler des conceptions de vie héritées de ses pères et qui sont pourtant si importantes. Les modalités d'un mariage, les devoirs à l'égard des morts de la famille, sont par exemple des données cruciales pour l'équilibre d'une personne ou d'une famille. Le groupe thérapeutique se présente comme le lieu par excellence où parler de ces choses, le lieu où rien n'étonnera parce que chacun s'y présente avec sa propre part de traditions. Lorsqu'elles s'expriment, les croyances propres des consultants sont évidemment respectées, mais elles deviennent aussi un moyen utilisable. Il n'est évidemment pas question de « jouer au guérisseur » : le guérisseur se situe à l'intérieur du contexte culturel de ceux qui le consultent. Au contraire, le groupe ethnopsychiatrique se situe nécessairement à l'extérieur. Mais il sait que toutes les représentations sociales ont une signification, et qu'on peut la lire et la décoder en termes universels. La façon dont les consultants se situent par rapport à leurs croyances nous donne des informations précieuses, sur le plan clinique, mais surtout sur les plans psychodynamique et thérapeutique.

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

L'interprète jouit, dans notre dispositif, d'une position essentielle. Puisque nous lui demandons de traduire le plus exactement possible, sans se départir de sa neutralité, nous pourrions le considérer, à la limite, comme une simple interface. La situation réelle est cependant très différente : nous le constatons, il est investi d'un rôle qui dépasse fortement sa fonction. Cherchant à comprendre en quoi consiste ce rôle, nous constatons que c'est, certes, celui d'un allié, mais plus encore celui d'un *représentant* du peuple qui parle cette langue, de la famille d'origine des consultants et de leur culture. Comme nous pensons utile que les fantasmes trouvent leur expression verbale, nous cherchons à établir avec l'interprète une relation de travail telle qu'elle lui permette d'intervenir comme

médiateur culturel. Cela suppose une formation spéciale, que nous organisons, à ce type de travail particulier, très différent de celui d'un interprète ordinaire. Cela suppose aussi une forme de collaboration qui ne peut se pratiquer que dans la plus grande confiance.

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

Contrairement à ce qui se passe dans beaucoup de thérapies, nous ne disposons pas au départ d'une procédure stricte qu'il s'agirait d'appliquer. Les règles sur lesquelles nous basons notre travail sont celles que je tente d'expliquer. Pour le reste, nous disposons sans doute de nombreuses références théoriques, mais sans savoir à l'avance laquelle, ou lesquelles, se révéleront utiles dans le cas présent. À cela les consultants ajoutent d'ailleurs leurs propres références : les représentations tirées de leur univers culturel ou de leur propre expérience de vie. *A priori*, toutes ces références se valent. C'est l'expérience du travail thérapeutique qui distinguera ce qu'il faut retenir de ce qu'il faut négliger. Il y a donc là un empirisme revendiqué. Il se justifie par l'extrême variété des situations, par l'existence chez nos consultants de « cartes du monde » contraires aux nôtres, et par le tort que peut faire à quelqu'un l'application aveugle d'une méthode avérée, mais incompatible avec sa vision du monde et son image de soi. Le travail thérapeutique peut donc se définir comme une *construction conjointe*, faite en commun par les thérapeutes et par les consultants eux-mêmes, et visant à réaliser quelque chose qui aide. Cette chose, que j'ai parfois appelée *objet thérapeutique*, n'est pas un objet matériel, mais un objet symbolique, fait précisément de la réorganisation des relations des consultants avec leur entourage, physique et imaginaire.