

*Psychothérapies*, Vol. 30, 2010, N° 4, pp. 175-182

## **ESSAI DE DÉFINITION D'UNE PRATIQUE CLINIQUE AVEC DES PATIENTS MIGRANTS DANS UNE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE SPÉCIALISÉE**

Abdelhak ELGHEZOUANI<sup>1</sup>

### **Résumé**

Les mouvements forcés ou volontaires de populations apportent de nouvelles questions théoriques et cliniques aux institutions de santé mentale. A travers une pratique spécifique, nous pensons avoir tenté de répondre à ce défi clinique en élaborant un cadre conceptuel et des dispositifs de soins croisant les axes de l'altérité culturelle et linguistique, de la précarité socio-économique et des conséquences cliniques des violences collectives sur les personnes. Cette conception et la pratique qui en découle s'inscrivent en complémentarité avec celles des professionnels et des institutions de soins existant dans la région tout en développant une approche et des modalités d'action spécifiques. Cet article tente de rendre compte de cette conceptualisation et de la pratique clinique qui en découle.

### **Summary**

Enforced or voluntary population movements bring new theoretical and clinical questions to mental health institutions. By way of a specific practice we think that we have tried to answer this clinical challenge. By setting and care dispositives we have crossed through axes of cultural alterity, socio-economic precarity and the clinical consequences of collective violences on persons. This conception and the practice that ensues follow a pattern of complementarity with those of the professionals and institutions that exist in the region and enhance a particular approach and specific modes of application.

### **Mots-clés**

Migration – Santé mentale – Altérité.

### **Key-words**

Migration – Mental health – Alterity.

Cet article se propose de présenter les conceptions et les pratiques en cours dans une consultation psychothérapeutique spécialisée pour migrants telles qu'elles apparaissent à l'auteur, psychologue exerçant dans cette consultation.

### **MIGRATIONS ET QUESTIONS DE SANTÉ MENTALE**

Les mouvements de population vers la Suisse s'inscrivent de plus en plus aujourd'hui dans un contexte et dans une dynamique dans lesquels ils ne sont ni désirés ni maîtrisés. Par conséquent la qualité de vie de ces communautés migrantes ainsi que leur statut de séjour sont de plus en plus précaires, et la pression sur les institutions de santé publique est de plus en plus grande. Comment dans ces conditions inédites assurer une égalité de traitement dans l'accès aux soins de ces populations; comment favoriser leur autonomie dans la prise en charge des problématiques en santé mentale telles qu'ils les vivent, les conçoivent et tentent d'y faire face?

Ces problématiques, collectives ou individuelles, de santé mentale ne peuvent pas ne pas être affectées, colorées, influencées par la culture d'origine de ces personnes et de ces groupes ainsi que par le devenir de celle-ci dans sa rencontre avec les institutions, les pratiques et les valeurs de la société d'accueil. D'autre part, les conditions sociales et économiques ayant marqué le départ en exil de ces populations et celles qui seront les leurs à leur arrivée constitueront autant de facteurs influençant leur état de santé en général, la qualité et la quantité de leurs ressources et leurs besoins dans ce domaine.

Face aux questions de santé mentale de ces personnes et de ces populations, il nous paraît essentiel

<sup>1</sup> Psychologue à la Consultation Psychothérapeutique pour Migrants de l'Association APPARTENANCES-Vaud.

d'en considérer les significations, les déterminants et les causalités, les représentations et les ressources mobilisables; de prendre en compte, d'évaluer et d'explorer le contexte social et économique. A ce sujet la littérature fait état de divers modèles pour relever ce défi clinique et de santé publique. Cette pratique est née en 1993, progressivement financée par la Confédération Suisse et par le canton, à la suite de l'engagement de quelques personnes à s'efforcer de répondre aux besoins en santé mentale des populations migrantes, exclues ou menacées d'exclusion, et principalement des personnes fuyant la guerre de Bosnie. Cette clinique s'est concrétisée en un service de soins en santé mentale destinés aux individus, familles et groupes allochtones. Elle fait intervenir divers professionnels, d'une part des psychothérapeutes, psychologues et médecins psychiatres et des physiothérapeutes; et d'autre part des interprètes – médiateurs culturels (appelés aujourd'hui interprètes communautaires). Ces professionnels ont dû développer un cadre conceptuel et des modalités d'intervention largement admis par de nombreuses institutions de santé, d'éducation et du social.

## NAISSANCE ET DÉVELOPPEMENT D'UNE CONSULTATION DE SANTÉ MENTALE SPÉCIALISÉE

Le défi consistait à prendre en compte simultanément les effets de la guerre et de la violence politique, les effets du déracinement ainsi que les conséquences de la précarité socio-économique de ces personnes (Goguikian-Ratcliff et Strasser, 2010). L'enjeu relevait aussi de la santé publique dans la mesure où aucune structure spécialisée n'existait dans le réseau public de la santé. Tout en développant une compréhension et des modalités d'action spécifiques à ces problématiques nouvelles, la consultation a visé à fonctionner largement en coordination et en collaboration avec les institutions publiques de la santé (Médecine communautaire, Département de Psychiatrie, Hôpital de l'Enfance, etc), de l'éducation (écoles) et celles dévolues à l'accueil des requérants d'asile (Evam actuellement, et à l'époque Croix-Rouge Suisse puis Fareas).

Elle pouvait ainsi sensibiliser les institutions publiques à l'importance de l'impact de la diversité et de l'altérité culturelles d'une part; et d'autre part, à celle des conditions sociales, politiques et économiques, à la

fois dans leurs pays d'origine et dans le pays d'accueil et faisant de ces populations des catégories particulièrement vulnérables.

L'importante diversité d'origine des populations de migrants interdisait l'existence de consultations spécialisées pour chaque groupe culturel ou linguistique. Par conséquent, l'accent a été mis sur le développement, la formalisation et l'évaluation des compétences génériques des intervenants. Ces compétences génériques sont combinées à des ressources spécifiques mobilisées pour le patient, à travers, notamment, la possibilité pour lui de parler et d'être compris dans sa langue, d'évoquer et de faire valoir ses croyances, valeurs et représentations et d'être aidé et relayé en cela par un interprète-médiateur culturel, ce dernier étant partie prenante du dispositif de soins et se trouve ainsi considéré comme un co-intervenant, quoique sa fonction soit soigneusement définie et n'interfère pas avec celle du thérapeute dans le processus de soins.

De fait, diverses tentatives et réalisations ont vu le jour à travers le monde pour répondre aux besoins en santé mentale des populations défavorisées. Elles s'inspirent toutes d'une conceptualisation et d'une analyse des besoins spécifiques, du contexte culturel, social et politique et des ressources disponibles. Ces questionnements, ces adaptations et ces innovations ont inspiré notre pratique tout en laissant une large place à l'originalité et à la spécificité dans la démarche et dans les dispositifs mis en place.

Les principes qui se trouvent à la base de cette clinique psychothérapeutique et psychosociale peuvent être définis comme suit: développer une conception et une démarche spécifiquement cliniques et à visée psychothérapeutique, tenant compte des dimensions et des ressources individuelles, familiales, communautaires, sociales, politiques et culturelles des populations concernées.

Dès lors des aménagements des référentiels théoriques, du cadre thérapeutique (Maqueda, 2005), la création de modalités d'interventions nouvelles et diverses, la mobilisation et le recours à des intervenants nouveaux dans le champ de la santé mentale, tels que les interprètes-médiateurs culturels, se sont avérés nécessaires, bénéfiques, mais financièrement coûteux et nécessitant, par ailleurs, l'acquisition et le développement de compétences nouvelles. Ce faisant, il s'agissait aussi d'asseoir, de faire connaître et comprendre, et d'intégrer cette clinique des « nouveaux

désordres sociaux» et de leurs conséquences psychiques et psychopathologiques dans le paysage et parmi les acteurs traditionnels de la santé mentale.

Les modalités de réponses avaient pour premier objectif de faciliter l'accès aux soins pour des populations ne parlant pas la langue des professionnels de la santé, dotées de très peu de moyens financiers et logées dans des centres d'accueil. Le second objectif était de contribuer à identifier et mobiliser les ressources collectives et individuelles de ces populations afin de favoriser leur propre autonomie dans le pays qui leur fournissait, dans un premier temps, un accueil provisoire. Le troisième objectif était de favoriser la « rencontre » entre ces populations et les diverses composantes de la société d'accueil.

Il s'agissait alors de former d'une part des « promoteurs de santé » issus des groupes de réfugiés et, de l'autre, des « multiplicateurs » parmi les professionnels de la santé afin de mieux accueillir et répondre aux besoins de ces personnes et de former leurs propres collègues. Les fondateurs travaillaient ainsi sur le terrain des centres d'accueil et sur celui des institutions de la santé publique, diffusant du même coup une démarche inconnue jusqu'alors dans la région.

En développant des interventions en santé mentale proprement dite pour le traitement des souffrances psychiques et de leur symptomatologie touchant des populations migrantes exclues ou menacées d'exclusion, en particulier les personnes et les groupes victimes de faits de guerre ou de violences politiques, il fallait créer une structure autonome prodiguant des traitements et des soins sous forme de prises en charge psychothérapeutiques et psychosociales, le développement de nouvelles modalités d'action se faisant en parallèle et en étroite collaboration avec celui des multiplicateurs et des promoteurs de santé et avec la formation de certains de ces derniers à l'interprétariat et à la médiation culturelle (Métraux et Alvir, 1995) auprès des thérapeutes de l'association et des professionnels d'autres institutions telles que les hôpitaux, les écoles, les services sociaux, etc.

## **ÉMERGENCE D'UN MODÈLE D'INTERVENTION PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE**

Tout en s'inscrivant dans une approche communautaire et en s'efforçant de ne pas adopter purement

et simplement le paradigme biomédical de la psychiatrie (Kirmayer et Franzp, 2000), le développement quantitatif et qualitatif de l'activité psychothérapeutique a donné lieu à une première théorisation.

Cette première élaboration s'attachait à définir les fondamentaux d'une clinique des populations migrantes précarisées et/ou ayant été victimes de faits de guerre ou de violences politiques, tout en affirmant sa nature psychothérapeutique, c'est-à-dire s'attachant à favoriser la mobilisation des ressources du patient par des moyens psychologiques. Il s'agissait de définir le cadre épistémologique (Moro, 1994; Divernois, 2009), théorique et éthique pour l'exercice et le développement de modalités et de dispositifs psychothérapeutiques en faveur d'individus, de familles et de groupes peu familiers avec les formes occidentales de l'intervention en santé mentale.

Sur le plan thérapeutique, les objectifs des prises en charge étaient définis comme suit :

- réduction de la symptomatologie et amélioration de l'état de santé général et du fonctionnement global ;
- diminution du recours à la médecine en urgence ou de manière induue ;
- amélioration des compétences sociales, en particulier des comportements sanitaires ;
- émergence de l'autonomie et de projets de vie réalistes.

Cette conception psychothérapeutique se fonde sur l'articulation des problématiques et des souffrances psychiques individuelles d'une part avec des problématiques, des représentations, des expériences et des ressources collectives d'autre part. Cette démarche se concrétise dans le développement de modalités et de dispositifs d'intervention sous une forme collaborative et culturellement fondée, tout en s'adressant aux souffrances et aux troubles d'un patient, d'une famille ou d'un groupe de patients.

En lien avec le paradigme développé (de Jonckheere *et al.*, 2010), les modalités de traitement mises en place s'efforcent de prendre en compte les caractéristiques culturelles, linguistiques, démographiques, sociales, politiques et économiques des patients. Ces modalités s'appuient néanmoins sur un ou plusieurs modèles reconnus de psychothérapie en s'efforçant de les adapter et de les appliquer dans des dispositifs particuliers,

incluant par exemple un interprète et médiateur culturel, des personnes significatives choisies et invitées par le patient ou la famille, voire d'autres professionnels de la santé, de l'éducation et du social.

Partant de cette conception générale, la définition de l'action psychothérapeutique envers la population-cible est la suivante: un traitement multidimensionnel et multifocal s'exerçant en fonction du/de la bénéficiaire et du réseau d'intervenants professionnels et de personnes significatives. Les bénéficiaires sont des personnes affectées par des troubles, des maladies, des invalidités renvoyant à ou assimilables à des catégories reconnues de la nosographie psychiatrique, et diminuant leur autonomie de manière significative.

L'action de réhabilitation qui leur est destinée vise à améliorer leurs compétences, en particulier dans le domaine de la santé mentale, et leurs capacités à agir et à transformer leur environnement, améliorant ainsi leur autonomie et leur qualité de vie. Elle s'exerce à plusieurs niveaux et mobilise toutes sortes d'acteurs et d'agents comprenant les bénéficiaires, leur famille, leur entourage, certaines personnes appartenant à leur communauté d'origine, des professionnels et autres représentants institutionnels de la société d'accueil.

### UN CADRE CONCEPTUEL ORIGINAL PAR L'ADAPTATION ET LA MODIFICATION DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

L'écrasante majorité des migrants ayant recours aux institutions publiques de santé mentale provient de régions du monde où les traitements psychothérapeutiques tels que les pratiquent les pays occidentaux sont rares, méconnus ou inexistant. S'agissant plus particulièrement des migrants forcés par les guerres ou les violences politiques, de nombreux facteurs post-migration ajoutent à leur détresse, voire sont à l'origine de troubles psychiatriques et d'un fort taux de comorbidité psychiatrique (Miller, 1999).

La réflexion, le développement et la recherche en santé mentale s'interrogent aujourd'hui sur l'effectivité, sur l'efficacité et sur l'efficience des prestations actuelles en direction des minorités culturelles et des personnes socialement et économiquement défavorisées, et sur l'adéquation, en général, de modalités psychothérapeutiques ou de soins conçus au départ pour des popu-

lations majoritairement occidentales ou vivant dans des sociétés occidentales dites développées.

Peu d'études ont évalué l'efficacité des psychothérapies lorsque ces dernières sont adressées à des minorités ethniques par exemple. Les populations migrantes posent ainsi un réel défi aux institutions et aux professionnels de la santé mentale. Cependant, plusieurs auteurs ont proposé des avancées vers l'adaptation et la modification des psychothérapies connues lorsque ces dernières sont appliquées à de nouveaux groupes de population (Hwang, 2006).

De son côté, notre démarche s'est efforcée de croiser l'axe des spécificités culturelles et identitaires d'une part, et celui des conditions socio-économiques des patients d'autre part. Nous y voyons le concept opératoire central de cette clinique.

### L'ADAPTATION ET LA CRÉATIVITÉ FACE À L'ALTÉRITÉ

La littérature s'accorde sur la nécessité de développer des « espaces intermédiaires » (Douville et Galap, 1999) et des compétences particulières dans le travail psychothérapeutique et dans la pratique de la santé mentale en général avec les communautés issues des minorités. Cette littérature met aussi l'accent sur l'importance de la dynamique de la relation thérapeutique et du cadre dans lesquels elle se déploie (Maqueda, 2005), ainsi que sur la complexité du travail de soins avec des migrants.

C'est ainsi qu'il s'agit de prendre en compte, dans une posture « complémentariste », des considérations historiques, le statut socio-économique de ces minorités, la prévalence de certains problèmes socio-sanitaires, des éléments proprement culturels et les difficultés inhérentes à l'acuité diagnostique comme autant d'éléments déterminants dans l'élaboration de pratiques et de dispositifs de soins envers les populations de migrants.

De nombreux débats continuent d'animer la scène des soins en situation interculturelle, mais un certain consensus se fait jour, par exemple, autour de la « perspective interactionnelle » mettant l'accent sur la nécessité pour le professionnel d'être conscient de sa propre culture. Dans cette vision l'accent est mis, comme le propose S. Sue (1998) sur les propositions suivantes :

- il s'agit de produire une théorie prenant en compte la culture et d'autres données sociales ;

- le thérapeute et le patient s'enracinent tous les deux dans une culture et leur identité est aussi le produit d'expériences se produisant à divers niveaux ;
- l'identité du thérapeute et l'identité du patient influencent leurs attitudes et leur relation aux autres ;
- l'efficacité de la thérapie s'accroît lorsque le thérapeute utilise des modalités et fixe des objectifs compatibles avec les valeurs culturelles et les expériences de vie du patient ;
- l'action envers le patient devrait être définie de manière large et devrait recourir à des ressources diverses et multiples ;
- une conscience aiguë et une meilleure compréhension des relations entre soi et l'autre devraient constituer un des objectifs du thérapeute.

Forts de ces postulats, il s'agissait alors de formuler un cadre conceptuel pour comprendre les problématiques apportées par les patients. Outre ce cadre conceptuel, les thérapeutes devaient développer des compétences et des modalités particulières dans le travail avec les populations de migrants ; comme la collaboration avec un interprète médiateur culturel (Elghezouani, 2007) ; ou encore la mise en place de dispositifs accueillant le patient et des personnes significatives autour de lui, mais aussi d'autres thérapeutes ou des représentants d'autres mondes culturels, afin d'enrichir les échanges, les apports et les interactions.

### L'ADAPTATION À LA PRÉCARITÉ ET À LA VULNÉRABILITÉ

Qu'il s'agisse de migrants forcés par des faits de guerre ou de violences politiques, ou de migrants issus des couches laborieuses allochtones, précarisés ou exclus du travail, certains auteurs s'accordent à dire que « le stress provoqué par la perte de la communauté et du réseau social, la perte des projets de vie, les changements dans les repères socio-économiques et les inquiétudes liées à la survie économique, la perte de ressources et d'activités quotidiennes structurantes et la perte de rôles sociaux signifiants » (Porter, 2007) explique la prévalence et la persistance de certaines atteintes à la santé, en particulier une surmorbidity et une polymorbidity psychiatriques dans ces populations. Ces dernières se trouvent aujourd'hui rangées sous le label « populations vulnérables ».

Dès lors, il s'agissait de concevoir des modalités thérapeutiques à même de prendre en compte et de répondre au mieux aux problématiques – aux « formes de vie » (de Jonckheere et Bercher, 2003) – rapportées par ces individus et ces groupes, et dont les institutions en place n'avaient pas encore une expérience systématique.

### UN PARADIGME PSYCHOSOCIAL INTERCULTUREL ?

Les événements qui affectent les migrants de la violence ou les migrants précarisés sont en effet des phénomènes sociaux. Ces événements se déclinent soit sur le versant politique, soit sur une modalité économique, mais bien souvent, de manière étroitement liée, selon les deux modalités. Nous en considérons, bien sûr, la valeur, la dimension et les conséquences socio-mentales dans l'économie et la santé psychiques d'un individu, d'une famille ou d'un groupe donné.

Ces phénomènes sociaux engendrent une « cascade d'effets directs et indirects en un réseau circulaire, récursif, non linéaire, se répercutant dans le domaine social, psychologique et biologique » (Porter, 2007). De ce fait, la nosographie psychiatrique ou somatique, ou les deux associées, s'avèrent insatisfaisantes pour rendre compte de la très large étendue des séquelles et conséquences de la violence politique, du déracinement, de la précarité sociale et économique, des privations et de l'exclusion. D'où la nécessité pragmatique et fonctionnelle d'un modèle psychosocial, au sens large.

L'articulation dynamique des effets bio-psychosociaux de ces phénomènes donne lieu à divers tableaux « socio-cliniques » complexes et changeants et, à certains égards, insaisissables (Rechtman, 1992). Ces tableaux peuvent se trouver éventuellement soumis à divers schémas d'activation, pouvant entraîner leur décompensation sous l'effet de facteurs internes ou externes, individuels ou groupaux. À l'inverse ces ensembles précaires peuvent rester cohésifs, autorégulés, compensés sous l'effet de facteurs de résilience et/ou de protection, internes ou externes aux individus et aux groupes.

Étant donné les limites de la nosographie médicale ainsi que la prégnance des facteurs politiques, sociaux, culturels et identitaires affectant la vie et la santé (santé mentale en particulier) des migrants vulnérables et/ou précarisés, la démarche d'aide et de soins requiert un

modèle inclusif, prenant en compte les dimensions bio-physiologiques, socio-politiques et psychologiques, à l'intérieur d'un « certain éclectisme épistémologique » (Moro, 1994) et d'une « métathéorie du contact culturel » (Denoux, 1993).

Il apparaît pourtant que, dans le domaine de l'étude des déterminants de la santé mentale, la dimension socio-politico-économique a été peu investiguée et encore moins prise en compte dans les théorisations et dans leurs traductions en modalités concrètes de réponse, *a fortiori* psychothérapeutique. Les facteurs socio-politiques déterminants, et équivalents à des stressors internes et externes, vont des stressors aigus, tels que les causes et conditions de fuite des réfugiés, ou l'accident de travail ou la perte du travail pour le travailleur migrant, à des stressors plus cachés ou plus distants comme par exemple la relation et les échanges avec le pays d'origine, la situation des proches dans le pays d'origine ; facteurs proches et distants coexistent et, surtout, interagissant. Tous devraient être considérés comme influant sur la santé mentale.

### Un concept opératoire – écologique – multidimensionnel

De nombreuses critiques ont été faites au modèle biomédical appliqué aux populations migrantes ou aux populations de réfugiés. Le modèle biomédical appliqué à la santé mentale des migrants non occidentaux est critiqué parce qu'il est fondé sur le postulat que la maladie serait située à l'intérieur des individus et reconnaissable par son écart avec des mesures occidentales (Kirmayer et Franzp, 2000 ; Silove, 1999). Une telle approche présentait l'importante limite de ne pas appréhender certaines dimensions déterminantes dans l'expérience vécue, par exemple, par des individus et des populations affectées par des violences politiques et des faits de guerre, par le déracinement et par la pauvreté, etc.

A cet égard, un auteur comme Silove (Silove *et al.*, 2006) a développé un modèle plus spécifique concernant, en l'occurrence, les populations de réfugiés. Pour cet auteur, les domaines suivants sont déterminants pour leur santé mentale et physique et pour leur sentiment de bien-être : il s'agit de besoins en sécurité, en liens et attachements, de besoins identitaires ou liés à l'identité et de besoins de sens et de cohérence de leur vie et de leur existence.

L'intérêt d'un tel modèle est, entre autres, d'inspirer des modalités de réponse, de prise en charge et de soins fondées sur les besoins des individus et des populations-cibles. Un modèle fondé sur l'interaction entre le psychisme individuel, la communauté et les appartenances, et le contexte socio-politico-économique, auquel il convient d'adjoindre le champ des processus biophysiques et psychosomatiques. Ce modèle postule des interactions causales ; en particulier, il existerait une corrélation et une causalité allant du domaine social au domaine psychique, ainsi qu'une causalité allant du domaine social au domaine biophysique et somatique.

### FORMATION ET VALIDATION D'UNE « CLINIQUE PSYCHOSOCIALE INTERCULTURELLE »

Il existe aujourd'hui dans la littérature un consensus sur le rôle des facteurs sociaux et des facteurs politiques en tant que déterminants de la santé (OFSP<sup>2</sup>, par exemple). De son côté, le réseau des professionnels impliqués identifie et reconnaît l'influence de ces facteurs sur la santé en général et la santé mentale en particulier des migrants, notamment en référant une partie significative de leurs usagers à une consultation spécialisée.

L'analyse de l'impact des facteurs sociaux et culturels sur la santé en général et la santé mentale en particulier amène en effet les professionnels de la santé des migrants à constater que les problématiques ainsi identifiées relèvent plutôt du champ de compétence d'intervenants spécialisés et d'une clinique spécifique.

### Essai de définition et de validation du champ de la pratique clinique psychosociale interculturelle

Il s'agit de constater l'existence, l'émergence, la persistance, l'exacerbation, la complication de souffrances voire de pathologies psychiques d'une certaine manière, inclassables nosographiquement et « intraitables » par les seuls réseaux et pratiques « classiques » de la santé mentale (Furtos, 1999).

<sup>2</sup> Office Fédéral de la Santé Publique (organisme suisse).

Dans un contexte d'altérité culturelle, de précarité, d'exclusion ou de victimisation, il convient alors d'établir la relation entre ces souffrances, ces symptômes et ces pathologies psychiques, d'une part, et une situation globale de violence, de fragilité, de précarité ou d'exclusion d'autre part, cette causalité étant aujourd'hui aussi avérée dans la réalité sociale que reconnue dans la littérature scientifique. Cette mise en lien et en sens permettant de distinguer des « zones différenciées de souffrance psychique » (*ibid.*).

### Cohérence et cohésion d'un modèle psychosocial interculturel

Le modèle d'intervention psychothérapeutique ainsi développé conçoit les problématiques de santé mentale présentées par les patients à l'articulation de l'individuel et du collectif, de l'infra- et du supra-individuel. Autrement dit, des facteurs sociaux et collectifs sont identifiés comme à l'origine des difficultés et des souffrances psychiques présentées par les patients.

Dès lors, il s'agit de préciser les caractéristiques cliniques et les processus morbides de ces problématiques et de développer des dispositifs et des pratiques spécifiques d'une clinique psychosociale. Plus précisément, en articulant les deux scènes de l'action sociale réhabilitatrice et de l'intervention en santé mentale (Furtos, 1999), ces deux scènes considérées comme des « aires » et des « objets transitionnels » permettant au patient d'éprouver une certaine « extériorité » pour mieux appréhender son intériorité, sa subjectivité et la singularité de son vécu psychique. Il s'agit là d'un passage du signe au sens; d'une mise en sens des pertes subies, et de la mise en branle d'un appareil psychique mis à mal par le « réel » des événements traumatiques et des pertes réelles. Les pertes des autres, de soi et du sens peuvent alors inaugurer de nouvelles créations (Métraux, 2004): celles d'un soi nouveau, d'un sens nouveau et de valeurs nouvelles – à la condition que l'appareil psychique et théorique du clinicien et les propriétés du cadre et du dispositif s'y prêtent.

Dans cette optique, les interventions en santé mentale effectuées s'inscrivent dans un modèle intégré biopsychosocial, interculturel et « géopolitique ». Ces interventions s'appuient sur une causalité suffisamment évoquée dans la littérature scientifique et identifiant « le domaine social comme étant le facteur causal prééminent dans l'épidémiologie des troubles affectant

les migrants » (Porter, 2007). Par conséquent, il s'agit ici du résultat d'une démarche scientifiquement fondée et pragmatique s'appuyant sur une évaluation permanente ainsi que sur l'acquisition continue de compétences et de connaissances.

### Un modèle effectif et empiriquement fondé

Cette clinique s'inscrit dans une démarche psychosociale permettant aux utilisateurs de s'insérer dans divers programmes d'action allant des activités socialisantes et qualifiantes à des activités et des prestations tournées vers le soin et vers la santé. En outre, le modèle et les modalités d'intervention se veulent complémentaires et en articulation avec l'offre existante dans le domaine de la santé physique et mentale des migrants et cela en conformité avec les besoins et les exigences en santé publique.

La validité et la fiabilité scientifiques de ce modèle et des dispositifs de soins qu'il implique sont constamment évaluées empiriquement à l'aide des outils usuels de la psychiatrie et de la psychologie clinique. En outre, une activité de recherche permanente est effectuée en partenariat avec des institutions d'enseignement et de recherche tels que les Hautes Ecoles Spécialisées de Genève et de Lausanne ou l'Institut de Recherche Psychothérapeutique du Département de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, par exemple. Néanmoins, la validité interne, autrement dit scientifique (au sens de l'Evidence Based Practice), de ce modèle et de ces modes opératoires d'intervention en santé mentale communautaire serait confortée si des études pouvaient être menées sous l'égide des autorités publiques et/ou des institutions universitaires.

Concernant le rapport quantitatif et qualitatif entre les ressources engagées et les résultats obtenus, la méthodologie reste encore à trouver ainsi que les initiateurs et maîtres d'œuvre d'une telle entreprise relevant de l'économie et de la santé publiques, mais aussi de la recherche scientifique.

En résumé, il existe donc un concept central inspirant cette action. Ce concept central se définit comme une articulation dialectique de la santé mentale d'une part et, d'autre part, de la dimension collective et communautaire ainsi que des conditions socio-économiques et politiques d'existence des populations et des personnes migrantes, ces dernières constituant autant de

« variables interculturelles » (Divernois, 2009) singularisées par les individus et par les groupes d'individus, articulant passé, présent et futur, ici et là-bas, Soi et l'Autre, etc., et cela de manière plus ou moins fonctionnelle.

Pour les professionnels, cette articulation suppose d'abord une décentration par rapport aux modèles dominants en santé mentale. Elle entraîne ensuite, dans la pratique clinique, la construction de variables et de constructs interculturels singularisés (Denoux, 1993), toujours dans la subjectivité des sujets concernés, puis d'un modèle et de dispositifs ad hoc. Elle nécessite toujours l'acquisition et le développement de savoirs et de compétences propres inspirés des expériences et des savoirs développés ailleurs, pour répondre aux besoins et aux nouvelles exigences théoriques et cliniques posés par les mouvements de populations volontaires ou forcés.

## Bibliographie

- DE JONCKHEERE C., BERCHER D. (2003): *La question de l'altérité dans l'accueil psychosocial des migrants*. Genève, Editions IES.
- DE JONCKHEERE C., CHALVERAT C., RUFFINI-STECK L., ELGHEZOUANI A. (2010): *Modélisation des pratiques à la CPM*. Rapport de recherche financée par CEDIC/HES-SO.
- DENOUX P. (1993): Recherche interculturelle et psychologie de la différence; Trajectoires, in: F. Tanon et G. Vermès (eds): *L'individu et ses cultures* (pp. 165-180). Paris, L'Harmattan.
- DIVERNOIS D. (2009): La complexité interculturelle: quelle posture épistémologique pour le psychologue clinicien? *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 10 (1): 64-79.
- DOUVILLE O., GALAP J. (1999): Santé mentale des migrants et réfugiés en France. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*, 37-380-A-10. Paris, Elsevier.
- ELGHEZOUANI A. (2007): Professionalisation of interpreters. The case of mental health care, in: C. Wadensjö, B. Englund Dimitrova et A. L. Nilsson (eds.): *Professionalisation of interpreting in the community* (pp. 215-225). Amsterdam, John Benjamin Publishing Co.
- FURTOS J. (1999): Contexte de précarité et souffrance psychique: quelques particularités de la clinique psychosociale. <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere/publications/precarite-souffrance.htm>.
- GOGUIKIAN-RADCLIFF B., STRASSER O. (dir.) (2010): *Clinique de l'exil. Chroniques d'une pratique engagée*. Genève, Georg.
- HWANG C (2006): The psychotherapy adaptation and modification framework: Application to Asian Americans. *Amer. Psychol.*, 61 (7): 702-715.
- KIRMAYER L., FRANZP H.M. (2000): The future of cultural psychiatry: An international perspective. *Can. J. Psychiatry*, 45: 438-446.
- MAQUEDA F. (2005): Entre terre natale et terre d'accueil. Pour une clinique citoyenne des demandeurs d'asile, in: J. Furtos et C. Laval (eds): *La santé mentale en acte, de la clinique au politique* (pp. 209-220). Toulouse, Erès.
- MÉTRAUX J.C. (2004): *Deuils collectifs et création sociale*. Paris, SNEDIT, La Dispute.
- MÉTRAUX J.C., ALVIR S. (1995): L'interprète, traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute? *Interdialogos*, 2: 22-26.
- MILLER K. (1999): Rethinking a familiar model: Psychotherapy and the mental health of refugees. *J. Contemp. Psychother.*, 29 (4): 283-306.
- MORO M.R. (1994): *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris, PUF.
- PORTER M. (2007): Global evidence for a biopsychosocial understanding of refugee adaptation. *Transcult. Psychiat.*, 44 (3): 418-439.
- RECHTMANN R. (1992): L'intraduisible culturel en psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique*, 57: 347-365.
- SILOVE D. (1999): The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 187: 200-207.
- SILOVE D, STEEL Z., PSYCHOL M. (2006): Understanding community psychosocial needs after disasters: Implication for mental health services. *J. Postgrade Med.*, 52: 121-125.
- SIRONI F. (2007): *Psychopathologie des violences collectives*. Paris, Odile Jacob.
- SUE S. (1998): In search of cultural competence in psychotherapy and counselling. *Amer. Psychol.*, 53: 440-448.

Adresse de l'auteur :

Abdelhak Elghezouani  
3, rue Tabazan  
1204 Genève  
Suisse

Courriel : aelghezouani@hotmail.com