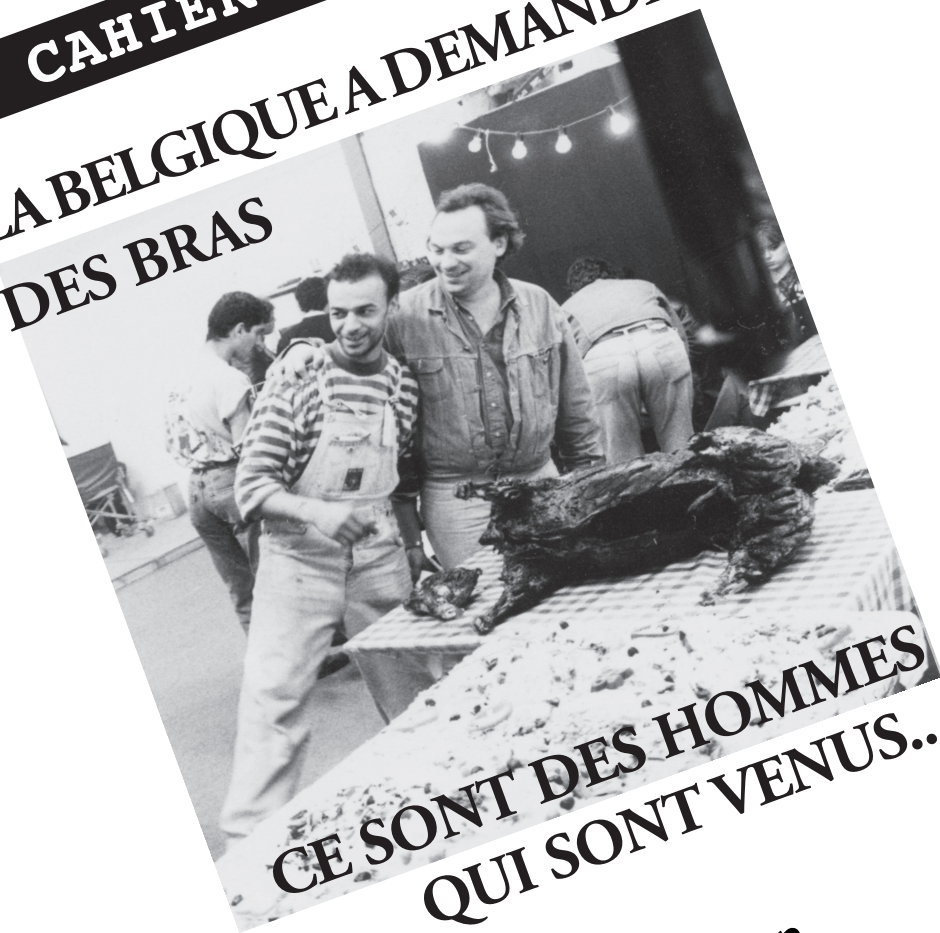


**CAHIER**

**LA BELGIQUE A DEMANDÉ  
DES BRAS**



**CE SONT DES HOMMES  
QUI SONT VENUS...**

**40 ans d'immigration  
marocaine en Belgique**

CAHIER



Dans son roman *Les échelles du levant*, Amin Maalouf fait dire à l'un de ses personnages : « L'avenir est fait de nos nostalgies ».

A y réfléchir, cette belle sentence dérange : non, ce n'est pas de nostalgies, mais de la victoire sur les nostalgies que se construit le futur. Sans doute est-ce cette volonté qui a présidé à la commémoration des quarante ans de présence marocaine en Belgique. C'est en effet le 17 février 1964 que fut signé l'accord bilatéral belgo-marocain de recrutement de main-d'œuvre. Orchestrées par l'Espace mémorial de l'immigration marocaine (EMIM), diverses manifestations ont ponctué l'événement. L'hommage rendu à la première génération a été l'occasion de faire le point sur ce qui a été réalisé, et surtout sur ce qui reste à réaliser pour la santé des personnes venues d'ailleurs, lors d'un Forum santé qui s'est tenu le 19 mars dernier à Bruxelles.

Nous vous en présentons les moments forts dans la première partie de ce cahier, que compléteront quelques textes abordant des aspects que le Forum n'avait pu développer.

---

## Le forum santé de l'EMIM

### « La Belgique a demandé des bras, ce sont des hommes qui sont venus... »

page 23

*Mot de bienvenue par Myriam Amrani, sociologue, membre du conseil d'administration de l'Espace mémorial de l'immigration marocaine*

### La Convention belgo-marocaine du 17 février 1964 et le problème de la santé

page 24

*Anne Frennet-De Keyser, doctorante en histoire de l'immigration marocaine à l'université libre de Bruxelles*

La santé était vraiment le dernier souci de la convention belgo-marocaine de 1964.

### Quelle politique de santé pour quarante ans d'immigration marocaine ?

page 28

*Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé Bautista van Schowen*

Dans la foulée de la convention, le constat du peu d'enthousiasme mis au service de la santé des populations invitées...

### Traumatisme, maladie et sécurité sociale

page 31

*Pierre Grippa, médecin généraliste à la maison médicale à Forest*

Quand la souffrance psychologique explose à l'occasion d'un traumatisme mineur.

### Immigration et psychopathologie : pour une clinique créatrice

page 36

*Ali Aouattah, docteur en psychologie, psychologue au centre D'Ici et D'Ailleurs*

La relation thérapeutique s'appuie sur des implicites culturels partagés... ce qui est loin d'être le cas le plus fréquent.

### Le corps dans la société arabo-musulmane : de la libération du péché originel à la protection et au contrôle social

page 41

*Mejed Hamzaoui, sociologue, Institut du travail, université libre de Bruxelles*

Pour mieux se comprendre, un bref historique de la conception du corps dans les sociétés arabo-musulmanes.

**La plainte dans tous ses états : l'anthropologie en médecine familiale** page 47

*Louis Ferrant, médecin généraliste au centre de santé de Cureghem et assistant à l'universiteit van Antwerpen*

L'histoire d'un soigné qui refuse de se laisser noyer sous des plaintes incompréhensibles. Nous ne publions ici qu'un résumé de l'intervention du docteur Ferrant dont vous avez pu lire le texte intégral dans *Santé conjugulée* numéro 7.

**Quelques données épidémiologiques** page 48

*Myriam De Spiegelaere, sociologue, directrice scientifique, Observatoire de la santé et du social de Bruxelles*

Des réponses chiffrées à la question : y a-t-il des différences de santé (et lesquelles) entre belges et personnes immigrées.

---

## **Ateliers**

Le Forum a été l'occasion de discussions lors de trois ateliers.

**Atelier culture et santé, médiation interculturelle, ethnopsychiatrie**

**Importance et limites du « culturel »** page 55

Animation et notes du débat : *Nadège Stradiottot*

**L'animation santé en milieu interculturel** page 55

*Marianne Flament, Cultures et Santé - Promosanté asbl*

**La médiation interculturelle en milieu hospitalier** page 56

*Zohra Chbaral, sociologue, Cellule médiation interculturelle, service public fédéral – Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement*

**L'avis d'un soignant** page 60

*Dominique Vossen, psychiatre*

**Pistes de réflexions des participants de l'atelier** page 61

**Atelier médecine générale, plannings familiaux, Office de la naissance et de l'enfance**

**La rencontre de l'autre** page 62

Animation et notes du débat : *Pierre Grippa*

**Vignettes cliniques** page 62

*Emmanuelle Berquin, médecin généraliste à la maison médicale Antenne Tournesol*

**En maisons médicales** page 63

*Martine Thomas, médecin généraliste à la maison médicale à Forest*

**Au planning des Marolles** page 63

*Naïma Akhamlich, assistante sociale*

**L'Office de la naissance et de l'enfance** page 65

*Marie Ryckmans, infirmière*

**Discussion** page 66



## Atelier politique de santé

### Passeur de monde

page 67

Animateur-modérateur : *Bernard Devos - Pierre Drielsma - Hamida Chikhi*

Synthèse des notes de l'atelier : *Axel Hoffman*

## Conclusion du Forum

page 69

*Myriam Amrani, sociologue, membre du conseil d'administration de l'Espace mémorial de l'immigration marocaine*

Du constat de carence aux perspectives d'avenir.

---

## Ici et là-bas

### Le livre de Fatma

page 70

*Fatma Bentmime*

Sa vie est un roman dans lequel nombre de personnes immigrées se reconnaîtront. Elle en a fait un livre à la fois simple et poignant dont nous vous présentons un extrait significatif de l'incompréhension du corps médical.

### Les immigrés vieillissent aussi

page 72

*Zakia Khattabi, licenciée en travail sociale, collaboratrice au Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme*

Quelle politique de santé pour les personnes immigrées âgées ?

### D'Ici et D'Ailleurs

page 75

*Dominique Vossen, psychiatre, centre D'Ici et D'Ailleurs*

A Molenbeek, un centre de santé mentale ouvert sur cinq continents.

### APOMSA

page 82

*Bencheikh Kebir, président de l'asbl*

Au lendemain d'émeutes de jeunes, des parents marocains décident de prendre les choses en main.

### Une mission au Maroc

page 83

*Thierry Lahaye, service santé de la Commission communautaire française*

A l'occasion d'une mission exploratoire au Maroc, articulée autour de deux axes (ville et santé, santé mentale), l'auteur décrit le système de santé marocain et ses difficultés.

### Une mémoire pour demain

page 92

*Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Béthune*

La mémoire contre le rejet de l'autre



## Espace mémorial de l'immigration marocaine

Téléphone : + 32 (0) 2 217 90 37

Fax : + 32 (0) 2 217 90 37

Courriel : info@emim.be

www.emim.be

Nous étions nombreux à nous interroger sur la signification profonde de cette commémoration des quarante ans de présence marocaine en Belgique. Militants associatifs, acteurs du terrain socioculturel, artistes, étudiants, chacun avait sa petite idée sur le sens et la portée qu'il fallait donner à cet événement. Depuis 2002 et la création de l'Espace mémorial de l'immigration marocaine (EMIM), diverses rencontres préparatoires avaient déjà permis de faire un premier état des lieux sur le parcours de l'immigration marocaine en Belgique. Mais déjà, on avait pu constater combien les enjeux de la santé constituaient une sorte de point aveugle. C'est pour combler ce manque de parole et de réflexion que j'ai pris l'initiative en décembre 2003 de proposer l'organisation d'un Forum Santé sur l'immigration marocaine et cela dans le cadre plus large de la commémoration coordonnée par l'EMIM.

Ce ne fut pas chose aisée.

La santé, contrairement, à d'autres sujets ne fait pas l'objet d'un débat ou d'une prise de conscience spécifiquement communautaire chez les Marocains de Belgique. Les perspectives de l'intérieur font cruellement défaut. Dès lors, comment dans ce contexte construire un espace qui permette aussi de stimuler une prise de conscience ? Comment construire une réflexion qui ne soit ni la juxtaposition de la parole extérieure des praticiens de la santé ni une démarche communautariste auto-référentielle ? Répondre à ce défi ne pouvait se faire de manière définitive à cette occasion, mais doit rester pour les acteurs de terrain l'horizon de leurs efforts de longue haleine. L'une des voix intermédiaires que nous avons délibérément choisie dans ce Forum a été d'associer aux intervenants du monde de la santé les spécialistes qui par leur histoire personnelle ont également une connaissance vécue de la réalité de l'immigration.

Si les enjeux pertinents nous paraissaient immenses (maladies liées au travail industriel et de la mine, question du diabète, problématique de la réticence au traitement, rapports hommes-femmes, etc.), leur traduction en thématiques de travail paraissait plus compliquée. Nous savions que les problèmes de santé avaient marqué le parcours des immigrés dès les premières heures, mais nous ne pouvions ignorer dans le même temps l'actualité encore très vive de ces questions et les douleurs physiques et morales qu'elles génèrent. Nous sentions précisément la spécificité de certaines questions sanitaires touchant les immigrés, mais nous connaissions aussi le risque de stigmatisation que font courir les approches trop particularistes, qui sont aussi souvent trop culturalistes. Nous mesurions l'importance de la rigueur de l'analyse clinique, mais nous avions le sentiment qu'il faut en matière de santé des immigrés, peut-être plus qu'ailleurs, décloisonner nos diagnostics pour mieux comprendre le rôle des inégalités sociales, des représentations du corps, de la culture, de la psychologie, etc., dans le développement des pathologies.

Comme vous le découvrirez à la lecture des contributions qui ont alimenté ce premier Forum du genre, nous avons finalement opté pour une approche nuancée et multidisciplinaire. Nous avons voulu ouvrir des perspectives larges, mais rigoureuses, qui permettent de resituer la santé des immigrés d'origine marocaine dans son contexte historique, social, culturel et médical. Mais notre ambition était également de faire de ce moment particulier un moment de rencontre et d'échange. Notre souci a été de permettre à la fois une démarche informative et formative afin que, de la réflexion collective menée dans les ateliers, puisse éclore de nouvelles collaborations et peut-être demain de nouvelles approches au service du malade.

Pour conclure, je voudrais adresser mes remerciements à tous les intervenants, modérateurs, animateurs, qui ont participé bénévolement, je tiens à remercier aussi chaleureusement : la salle De Marken – Rachid Barghouti – Hassan Bousetta – Asma Chounani – Jean De Winter – Jacques Morel – Herman Van Beeck pour leur précieuse collaboration.

*Amina Bakkali, infirmière en travail communautaire et promotion de la santé, thérapeute familiale, coordinatrice de l'accueil extra-scolaire à la ville de Bruxelles.*

*Coordinatrice du Forum Santé.*

*amina.bakkali@skynet.be*



# « La Belgique a demandé des bras, ce sont des hommes qui sont venus... »

*L'EMIM, Espace mémorial de l'immigration marocaine, commémore quarante ans de présence marocaine en Belgique. C'est en effet le 17 février 1964 que fut signé l'accord bilatéral belgo-marocain de recrutement de main-d'œuvre.*

*Cette commémoration se veut globale, pluraliste et pluridisciplinaire, marquant la présence immigrée dans différents secteurs d'activités, rassemblant des artistes, des personnes issues du milieu associatif, des académiciens... et ce aux dimensions de la Belgique fédérale et bilingue car la présence marocaine est francophone mais aussi néerlandophone. L'EMIM est une initiative d'hommes et de femmes de la société civile qui ont voulu rendre hommage à la première génération (« rendre hommage à nos aïeux »), un hommage qui ne se veut pas nostalgique mais plutôt une façon de faire le point sur une partie de l'histoire.*

*La commémoration, culturelle (théâtre, concerts et musiques), scientifique (notamment dans le secteur de l'enseignement de la culture), veut aussi aborder un point de vue qui ne l'a jamais été : celui de la santé physique et mentale.* ●

*Par Myriam Amrani, sociologue, membre du conseil d'administration de l'Espace mémorial de l'immigration marocaine*



# La Convention belgo-marocaine du 17 février 1964 et le problème de la santé

*Anne Frennet-De Keyser, doctorante en histoire de l'immigration marocaine à l'université libre de Bruxelles.*

.....  
*La santé était vraiment le dernier souci de la convention belgo-marocaine de 1964...*  
 .....

---

## La Convention belgo-marocaine

La Convention belgo-marocaine ne dit pratiquement rien sur la santé du travailleur migrant, si ce n'est... qu'il doit être en bonne santé ! Cette main-d'œuvre représente uniquement une force de travail et doit être « parfaitement saine et apte aux exigences de l'économie »\*.

**Art.3** de la Convention belgo-marocaine :  
 « ... la sélection se fera sur base des éléments suivants :

a) Les candidats ne pourront être âgés de moins de vingt ans et de plus de trente-cinq ans au moment du recrutement, c'est-à-dire au moment où ils signent le premier contrat de travail. L'âge maximum pourra être porté à quarante ans lorsqu'il s'agit de travailleurs dûment qualifiés.

b) Ils devront jouir d'une bonne santé. Un premier examen médical sera effectué par des médecins désignés par le Gouvernement marocain. Cet examen médical comportera l'examen général des candidats. Une fiche médicale conforme au modèle annexé à la présente Convention est établie pour chaque candidat reconnu apte. Elle portera notamment la photo du candidat. Les frais de cet examen médical sont à la charge du Gouvernement marocain. Les autres examens médicaux sont effectués par des médecins désignés par les autorités consulaires de la Belgique. Les frais de ces examens sont à la charge des employeurs belges... Ces examens sont effectués de façon à permettre au travailleur convoqué de rentrer chez lui le jour même des examens.

c) La sélection professionnelle des candidats sera opérée compte tenu des conditions spécifiées dans les offres et sur base, soit des aptitudes physiques, soit du passé professionnel des candidats, soit de certificats relatifs à la formation qu'ils ont acquise... ».

L'examen de contrôle se fait à Casablanca ou à Oujda selon les critères du Bureau international du travail, avec radiographies et analyses, aux

\* P. Targosz, L'accord de main-d'œuvre belgo-marocain ou la gestion inter-étatique d'un flux migratoire, mémoire de licence en relations internationales, UCL, 1985, p.74.

Après la seconde guerre mondiale, la Belgique a besoin de mineurs étrangers pour gagner la fameuse « bataille du charbon ». Les autorités belges veulent recruter en priorité des mineurs belges, mais les vocations sont rares... Ce besoin en mineurs de fond se double d'un problème de démographie. Le rapport Sauvy de 1962 a mis en évidence le vieillissement de la Wallonie, d'où le recours à une immigration familiale. Le travailleur étranger est invité à s'installer avec sa famille, pour qu'il se fixe durablement, et à s'intégrer à la société belge. La Convention belgo-marocaine du 17 février 1964 relative à l'occupation de travailleurs marocains en Belgique passe pratiquement inaperçue à l'époque mais contribuera à façonner de manière durable le visage de la Belgique. Il faut faire remarquer que cette Convention belgo-marocaine n'est qu'un accord « cadre », qui sera complété sur le plan pratique en 1968 par la signature d'une convention de sécurité sociale (notamment en matière de maladies professionnelles).

**Mots clés :**  
 cultures et santé – politique de santé.





frais des employeurs belges. Si nécessaire, l'aide d'experts marocains en maladies professionnelles peut être demandée.

Un troisième contrôle médical se fera avant la mise au travail du mineur de fond (art.10 de la Convention belgo-marocaine). Il faut faire remarquer que depuis la signature de la Convention belgo-marocaine, la présélection se fait par le ministère marocain du Travail en fonction de la situation de l'emploi dans les différentes régions du Maroc.

**Art.9 :** les entreprises doivent « adapter graduellement les travailleurs aux travaux qu'ils auront à exécuter. »

**Art.19 :** la nourriture devra être conforme autant que possible aux habitudes alimentaires des travailleurs.

**Art.20 :** une préparation suffisante devra être prévue pour le travail de fond. L'initiation sera faite par la Fédération charbonnière de Belgique (FEDECHAR).

**Art.21 :** les dortoirs doivent être chauffés ; le travailleur doit disposer d'une armoire et d'un lit avec matelas (paille exclue).

**Art.22 :** le travailleur reconnu inapte pour le travail de fond peut être replacé dans un autre secteur d'activité ou rapatrié à Casablanca aux frais du charbonnage employeur.

---

## Les contrats « type »

Les contrats « type » annexés à la Convention belgo-marocaine et surtout le contrat « type » du mineur de fond peuvent nous apporter quelques renseignements intéressants sur la santé des migrants.

L'article 13 du contrat « type » précise que le logement doit être convenable « au prix du loyer en usage dans la région et remplissant au moins les conditions d'hygiène prévues par la législation belge ».

Le contrat « type » du mineur de fond :

**Art.7 :** prévoit une assistance médicale de la part de l'employeur.

**Art.8 et 9 :** prévoient le rapatriement du travailleur en cas d'invalidité permanente supérieure à 33% (accident de travail) et le rapatriement éventuel de la famille suite à un décès dû à un accident de travail.

**Art.18 :** décrit différents motifs de résiliation du contrat, dont celui-ci : « si, atteint d'une maladie contagieuse, le travailleur refuse d'être hospitalisé » !



Je cède la parole à P. Targosz (1985, p.86) pour la conclusion : « Toutes ces préoccupations matérielles dénotent, à long terme, l'objectif de conserver la main-d'œuvre le plus longtemps possible en bonne santé et donc de choisir la rentabilité pour l'industrie, plutôt qu'un réel souci de procurer aux travailleurs marocains un minimum de bonnes conditions de vie ». ●

### **La Convention belgo-marocaine, une histoire rocambolesque**

*La présence marocaine en Belgique est bien antérieure à la Convention belgo-marocaine. Dès 1924, la presse signale la participation de Marocains dans une manifestation de mineurs au Borinage et en 1940, des bataillons marocains sont engagés dans les combats en Brabant wallon (les victimes sont enterrées au cimetière de Cortil-Noirmont). En 1955, afin de résorber un chômage endémique, le Gouvernement français propose de former et d'envoyer des travailleurs Nord-Africains dans les charbonnages belges. En 1958, le ministre Victor Larock soutient le projet de « recrutement expérimental » de deux à trois cents travailleurs marocains, mais le Directeur général des mines, A. Vandenneuvel, écrit que « les employeurs belges n'expriment aucune offre d'emploi à l'heure actuelle ».*

*En 1963, le manque de main-d'œuvre est patent et Frans Denis, mandaté par le ministre belge du Travail, prospecte en Turquie, en Algérie et au Maroc. Les Algériens sont réticents : non seulement ils doivent suppléer aux suites de la guerre d'indépendance et au départ de huit cent mille français, mais ils exigent que leurs ressortissants jouissent de conditions de vie décentes et reviennent pourvus d'une formation professionnelle (condition que la Convention belgo-marocaine se gardera bien de prévoir !).*

*Le choix est fait de travailleurs marocains, censés être plus maniables, moins turbulents, moins politisés. L'arrivée de ces travailleurs commence déjà sous une procédure simplifiée, jusqu'à la signature de la Convention belgo-marocaine en 1964, qui reprend à quelques détails près les conventions signées auparavant avec l'Italie, l'Espagne et la Grèce et servira de brouillon à l'accord similaire signé avec la Turquie la même année.*

*La Convention belgo-marocaine ne sera publiée au Moniteur belge qu'en 1977, un « oubli » qui serait resté inaperçu si, en 1973, le ministre de la Justice, M. Vanderpoorten, n'avait eu besoin du texte pour justifier l'expulsion des enfants marocains « en séjour illégal en Belgique » ! (A noter que la convention de sécurité sociale entre la Belgique et le Maroc, signée seulement en 1968, avait été publiée au Moniteur en 1971 ; elle prévoit l'application aux travailleurs marocains de la législation du travail, l'ouverture du droit aux prestations sociales, l'égalité de traitement avec les travailleurs belges).*

*Dès novembre 1964, le recrutement est freiné en raison de la crise charbonnière et les travailleurs déjà arrivés commencent à être licenciés et ré-orientés vers la construction, la sidérurgie et les services, ou sont débauchés par la Hollande, l'Allemagne et même l'Afrique du Sud. Peu de travailleurs marocains sont effectivement arrivés dans le cadre de la Convention belgo-marocaine, les autorités préférant régulariser les « touristes » : les travailleurs arrivés « hors Convention » sont bien plus intéressants car ils coûtent moins cher aux industries que les candidats recrutés par la filière régulière ! Le processus de recrutement, stoppé de fait en 1965, ne sera officiellement arrêté qu'en 1974.*

Axel Hoffman, d'après les articles de Anne Morelli et Anne Frennet-De Keyzer, in *Nouria Ouali, Trajectoires et dynamiques migratoires de l'immigration marocaine en Belgique*, Ed. Bruylant -Academia, collection Carrefours, Belgique 2004.

**Annexe IV**

Recrutement de travailleurs marocains  
pour la Belgique

**Fiche médicale**

Nom du travailleur .....

Fils de .....  
et de .....

Né vers l'année .....  
à .....

Fraction de .....  
Tribu de .....

Adresse .....

Profession pour laquelle le candidat  
est examiné

Enfants mineurs  
Prénoms                      Date de naissance

à charge

Examen du docteur .....  
En date du .....  
Taille .....  
Périmètre thoracique .....  
Vision .....  
Audition .....  
Poids .....  
Particularités éventuelles .....  
Empreintes digitales              Photo du candidat

Conclusion  
a) Définitivement inapte .....  
motif .....  
b) Temporairement inapte .....  
motif .....  
c) Apte .....

Etat et aptitude générales du candidat  
(observation du médecin)

Le médecin examinateur,  
le .....

(Nom en majuscules)  
(Signature)

**Bijlage IV**

Aanwerving van Marokkaanse werknemers  
voor België

**Medische steekkaart**

Naam van de werknemer .....

Zoon van .....  
en van .....

Geboren omstreeks het jaar .....  
te .....

Fractie .....  
Stam .....

Adres .....

Beroep waarvoor de kandidaat is onderzocht

Minderjarige  
Voornamen                      Geboorte-datum

ten laste

Onderzoek door dokter .....  
Op .....  
Gestalte .....  
Borstontrek .....  
Gezicht .....  
Gehoor .....  
Gewicht .....  
Eventuele bijzonderheden .....  
Vingerafdrukken              Foto van de kandidaat

Besluit  
a) Definitief ongeschikt .....  
reden .....  
b) Tijdelijk ongeschikt .....  
reden .....  
c) Geschikt .....

Toestand en algemene geschiktheid van de  
kandidaat (opmerking van de geneesheer)

De onderzoekende geneesheer,  
op .....

(Naam in hoofdletters)  
(Handtekening)

# Quelle politique de santé pour quarante ans d'immigration marocaine ?

*Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé Bautista van schowen.*

.....  
*Dans la foulée de la Convention, le constat du peu d'enthousiasme mis au service de la santé des populations invitées...*  
.....

Je ne suis pas un spécialiste des questions ayant trait à l'immigration marocaine. En particulier pour parler des politiques spécifiques pour promouvoir la santé dans cette communauté. Je travaille à Seraing et l'immigration marocaine est peu présente comparativement à la population du Mezzogiorno sur mon terrain professionnel. Par ailleurs, si je reconnais humblement l'importance des questions juridiques et budgétaires pour définir une politique, je ne suis pas particulièrement informé de ces questions.

Par contre, je connais un peu les politiques de luttes contre les inégalités sociales de santé, questions qui me tiennent à cœur depuis très longtemps.

---

## La Convention belgo-marocaine et les aspects santé ?

La lecture de la Convention belgo-marocaine de 64 et plus encore des commentaires de M<sup>me</sup> Frennet dans le Courrier du Centre de recherche et d'information socio-politiques (CRISP)\* est absolument fascinante : les aspects sociaux et de santé sont limités à l'égalité des droits, mais il a fallu attendre une convention de sécurité sociale additionnelle en 68 pour que les derniers problèmes liés à l'application de cette égalité soit pris en compte.

On observe dans cette Convention une forme de cynisme qui ne serait plus politiquement correcte de nos jours : si le travailleur n'a pas la santé il sera renvoyé dans ses pénates. Par ailleurs, quand on voit les précautions du législateur pour préciser le minimum de confort acceptable pour les travailleurs marocains, on se rend compte de ce qui se serait passé en l'absence d'une telle convention.

Le commentaire de M<sup>me</sup> Frennet est encore plus inquiétant : la Convention date de 1964 mais la crise des charbonnages wallons est connue depuis au moins 1960. Le retard d'allumage des effets de la Convention va produire une catastrophe : dès que les candidatures marocaines au voyage s'intensifient, les pouvoirs publics se rendent compte qu'ils se sont trompés dans leur calcul de besoin de main d'œuvre et demandent à leurs services consulaires de refermer les portes.

Pis encore, parallèlement à l'immigration conventionnelle s'ajoute une immigration souterraine via des séjours touristiques opportunément régularisés dès que les travailleurs ont trouvé un emploi. Comme le souligne notre auteur, cette immigration souterraine est préférée par les employeurs car la Convention prévoit la prise en charge du trajet par l'employeur. Pour comble du cocasse s'il ne s'agissait d'êtres humains, nos voisins Hollandais et Allemand viennent faire leur shopping de main-d'œuvre immigrée chez nous, ce qui irrite les patrons belges car les coûts initiaux sont à leur charge.

---

## Des politiques spécifiques rares, tardives... et peu spécifiques

La création de Culture et santé qui date du 16 février 1978 (devenu Cultures et santé - promo-santé) relève de la volonté de soutenir une prise en compte des aspects culturels en particulier des migrants dans l'accès aux soins et la bonne utilisation du système de soins. Cultures et Santé s'appelle alors le Centre socio-médical pour la santé des immigrés. L'association a pour objet

\* Courrier hebdomadaire n°1803, 2003.

**Mots clés : cultures et santé – politique de santé.**



de prendre ou de favoriser toutes initiatives susceptibles de contribuer à la promotion de la santé physique, sociale et mentale de la population immigrée en Belgique. Dans un article récent, on peut voir les préoccupations publiques pour les problèmes spécifiques de santé des populations immigrées : en 1987, il y a d'abord eu une formation d'interprètes en milieu médico-social, puis un subside pour l'interprétariat social et médical (ISM), les modifications législatives et réglementaires ayant fini par incorporer celui-ci à la Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers (CIRE).

Le Centre pour l'égalité de chances est lui aussi une structure qui constitue un levier pour la promotion de la santé en milieu immigré. Ce point pourrait être aussi rangé dans les politiques non spécifiques, même si le centre défend également une position antiraciste.

L'arrêté du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente ne concerne pas spécifiquement les Marocains, mais toute population migrante qui ne se trouve pas d'emblée reconnue comme admise sur le territoire (illégaux sans papiers).

Il existe au niveau de la Région wallonne les centres régionaux d'intégration pour les personnes issues de l'immigration : ces centres interviennent aussi dans le cadre des problèmes d'interprétariat de santé et de traduction de brochures.

Il faut aussi noter le développement de l'ethnopsychiatrie qui contribue aussi à l'approche culturelle des souffrances psychiques et psychosomatiques.

### Les politiques non spécifiques dont bénéficient les populations immigrées

Le taux de pauvreté étant en général plus élevé pour ces populations que pour les autochtones,

toute mesure visant à réduire les inégalités sociales de santé sera *a priori* bénéfique pour les populations immigrées.

Depuis le rapport général sur la pauvreté (1994) une prise de conscience publique s'est faite sentir et certaines avancées législatives ont été notées. Dans le rapport de suivi de 2001, on mentionne p 145... *la mauvaise maîtrise de la langue, les conditions de vie et le poids des autres problèmes, le sentiment d'infériorité ou de dépendance à l'égard du corps médical.*

Le rapport de suivi salue les mesures de généralisation de l'assurance réalisées par la ministre Magda de Galan, la carte magnétique d'assurance, l'élargissement du statut VIPO, la réduction de ticket modérateur dans le cadre du Dossier médical global. Par ailleurs, le problème de l'assurance complémentaire est posé, le rapport du suivi parle du forfait des maisons médicales tant en Communauté française qu'en



## Quelle politique de santé pour quarante ans d'immigration marocaine ?

Région flamande qui couvrait en 1998 quarante mille personnes et actuellement cent vingt mille ce qui, eu égard au taux très élevé de minimexés en maison médicale (13 % contre 2,5 % en Belgique) permet aux maisons médicales de soigner  $1,2\% \times 13/2,5$  soit 6,4 % des minimexés du royaume.

Le paradoxe est que le forfait n'est pas a priori un outil spécifique organisé pour les populations pauvres.

En Communauté française, la promotion de la santé s'oriente vers les groupes vulnérables. Il s'agit là d'une priorité identifiée par la ministre Onckelinkx (1997).

---

### Que conclure ?

D'abord un sentiment assez pénible d'imprévoyance des pouvoirs publics, une impression de bricolage géré au coup par coup au gré des demandes, des émeutes, des directives européennes. On aimerait disposer d'outils de surveillance et de pilotage, de commissions de prospective qui permettent d'éviter des comportements qui bafouent le respect des êtres humains qui sont considérés comme du matériel jetable. Lors d'une rencontre préparatoire, une intervenante exprimait l'hypothèse que la santé globale des immigrés marocains de la première génération était peut être supérieure à leur espérance de vie en santé dans leur village d'origine.

Cela est possible voire probable. Mais je rétorquais que l'on avait, avec des manœuvres de type publicitaire fait miroiter une forme de paradis luxueux à nos frères humains du sud et que presque aussitôt<sup>1</sup> on avait stigmatisé leur inutilité et leur parasitisme. Quand l'imprévoyance se mue en jeu pervers, il ne faut pas s'étonner de certains retours de bâton. ●

*(1) Je rappelle que les notes du ministère des Affaires étrangères demandant le ralentissement de l'immigration marocaine datent d'avant la pseudo-crise pétrolière de 1973.*



# Traumatisme, maladie et sécurité sociale

*Quand l'ignorance des codes de la plainte  
par le système de soins  
refoule le patient  
dans une spirale pathogène...*

## Situation du travailleur migrant

Le travailleur migrant vient en Belgique pour travailler, améliorer sa condition sociale, dans l'espoir de rentrer plus riche au pays. Cet acte migratoire est un traumatisme.

Il constitue un choix qui implique la rupture avec le milieu et la culture d'origine pour se trouver plongé dans une nouvelle société dont on ignore les fondements culturels, les mythes fondateurs, mais aussi les règles et les lois qui y seront appliquées.

Cette société de son côté ignore les particularités culturelles ou religieuses du migrant, exigeant de lui son intégration. Cette opération nécessite un important et douloureux travail d'ajustement, dont le sujet s'accommode en fonction des avantages escomptés de sa nouvelle situation. Il doit également faire face, plus pratiquement, au décalage entre le pays réel et le pays rêvé, ce qui ne va pas sans mal. Il se retrouve étranger au monde qui l'entoure, sans autre possibilité que d'assumer son choix initial, sans possibilité de revenir en arrière et rentrer au pays sans avoir réussi.

Et cette société est violente, institutionnellement, à l'égard du migrant. Recherche de logement, d'emploi, formalités diverses peu compréhensibles, tracasseries administratives, législation parfois kafkaïenne, etc. Et un système de législation sociale. Rien dans leur information n'a été fait pour pouvoir affronter cela.

Le travail qui leur est proposé est aussi celui qui est le plus dur et le plus dangereux. La plupart des travailleurs sont extrêmement réguliers dans leur travail, présentant des absences pour maladie peu importantes et ce, pendant des périodes prolongées, le plus souvent de l'ordre de vingt à trente ans.

Chez certains, heureusement pas tous, face à un événement traumatique supplémentaire de nature à atteindre l'intégrité physique du sujet, se déclenche un phénomène qui n'est pas pris en compte par notre médecine autochtone, et encore moins par la médecine d'expertise.

Le traumatisme peut être un accident du travail,

Médecin généraliste depuis 1977 à Forest où l'immigration marocaine s'est progressivement installée, j'ai eu l'occasion de voir et observer l'évolution de ces travailleurs.

En 1990, j'ai suivi la formation en évaluation du dommage corporel qui m'a conduit à accompagner un certain nombre d'immigrés dans des démarches d'expertises. C'est de cette expérience que je souhaite vous parler. Le sujet de mon intervention se limitera à un cadre précis, celui du travailleur migrant de la première génération sur base de mon expérience et de lectures de Tobie Nathan.

Bismark, entre 1883 et 1889, imaginait et implantait un système complet d'assurances sociales obligatoire pour travailleurs salariés. Il n'avait pas d'autre but, en bourgeois éclairé, que celui de protéger partiellement le travailleur, trop pauvre ou imprévoyant, contre une série de risques sociaux. Celui des accidents du travail, de la maladie, de la perte d'emploi ou encore du vieillissement.

A ce titre, le système de protection sociale n'a pas dans ses fondements de vocation à la réparation intégrale de ce qui a été perdu, et en particulier pas de vocation à la réparation morale des individus. Il s'agit simplement d'une compensation financière, d'une protection contre la misère. Cela fait partie de notre univers culturel familial.

**Pierre Grippa,**  
médecin  
généraliste à la  
maison médicale  
à Forest.

**Mots clés :**  
cultures et  
santé –  
travail et  
santé -  
santé  
mentale

mais aussi une maladie, entraînant une incapacité de travail assez prolongée. Il va constituer le point de basculement de l'individu du statut de travailleur à celui de victime ou d'invalidé.

### La névrose traumatique, description clinique

On constate après un traumatisme plus ou moins important, mais parfois minime, que la personne va littéralement s'effondrer. Après une période de latence de quelques semaines à quelques mois, elle présente des plaintes d'une intensité peu ordinaire par rapport à son traumatisme. Les symptômes physiques sont atypiques, non explicables par la lésion produite, qui laisse le médecin belge perplexe.

La victime présente l'événement accidentel (qui peut être aussi de l'ordre de la maladie) comme étant un basculement dans sa vie, un moment clef. Le plus souvent, le patient est marqué par le sentiment d'une perte irréparable, une incapacité à s'adapter à cette nouvelle situation de

perte d'intégrité. Il a tendance à s'isoler et présente une perte d'intérêt, une asthénie importante. Il se dit « avoir changé », être irritable, intolérant au bruit, désagréable avec sa famille, avoir un sommeil perturbé. La sexualité est également atteinte. Dans tous les cas on trouve une atteinte profonde de l'estime de soi, une blessure narcissique majeure.

Dans un certain nombre de cas, on se trouve en plus en présence de troubles de type dissociatifs avec clivages dans la personnalité. Et éventuellement des délires plus ou moins structurés.

### Les conséquences

Pour la victime immigrée, ce moment clef, le traumatisme, doit absolument être reconnu comme la cause de cet effondrement, ce qui va le lancer dans une série de litiges soit avec l'assureur qui, en cas d'accident, cherche à limiter son indemnisation, soit avec la mutuelle qui conteste l'incapacité totale qui est revendiquée, soit encore avec le médecin traitant qui ne peut parvenir à calmer les plaintes.

L'espoir de se voir reconnaître et « réparé » de cette blessure morale est aussi une constante, ce qui ne correspond pas aux objectifs du système de sécurité sociale. La porte est ouverte aux conséquences qui vont renforcer la revendication du statut de malade ou d'invalidé. Ce mécanisme est aussi très constant dans mon expérience.

Le système légal va ainsi renvoyer la victime entre les différentes législations, de l'assurance accident de travail ou la mutuelle, vers le chômage qui ne correspond pas au statut revendiqué et est vécu comme un échec. Le sujet est ainsi mit en position d'objet, où d'autres décident en fonction de critères qui leurs sont propres de la position où on va le mettre.

On entend souvent des réflexions du genre : « je suis venu pour travailler, je ne suis pas chômeur, je suis incapable de travailler ».

Voyons comment les médecins évaluateurs belges voient le travailleur migrant. Dans « Rénover la réparation du dommage corporel traumatique » le D<sup>r</sup> Hallewyck de Heuch, alors expert actif, écrit en 1978 sous le titre « le







*nombre d'invalides est trop important et s'accroît sans cesse » :*

*« (...) Comment pourrait-il en être autrement dans un pays qui a accumulé les conditions propices à cette situation :*

- *Qui accepte sans aucune réserve l'immigration de « travailleurs » étrangers au moment où les inscrits « demandeurs d'emploi » belges ou plus anciens immigrés, se comptent déjà par centaines de milliers ;*
- *Qui ne sanctionne aucunement d'ailleurs l'immigration sauvage, par exemple à la faveur d'un tourisme prétendu, et se contente de régulariser (...)* ;
- *Qui n'est pas armé pour la détection des plus habiles fraudeurs, ceux qui, refusés par un secteur de la sécurité sociale, se transfèrent aussitôt dans un autre, où le même abus ne sera parfois pas détecté avant des années. ».*

C'est-à-dire l'interprétation exactement inverse du processus que je décris plus haut. Voilà donc la victime transformée en fraudeur, en simulateur. Remarquons que cette même qualification était appliquée en 14-18 aux soldats victimes de traumatismes. Situation que Ferenczi décrit dès 1916 comme une névrose de guerre ou névrose traumatique et qui comporte tous les traits cliniques que nous observons, en particulier la succession de plusieurs traumatismes et la période de latence dans l'apparition des symptômes que j'ai décrits.

Cette notion de « simulation » va au fil des années se transformer en « sinistrose ». Ensuite en « sursimulation » qui reconnaît le mécanisme inconscient du phénomène.

Ultérieurement, les États-Unis avec le DSM IV, créeront la notion de *Post Traumatic Stress Disorder* ou « névrose des survivants » décrite après des situations particulièrement extrêmes comme les camps de concentration. Aucune de ces catégories ne correspond réellement avec la situation post-traumatique du travailleur migrant ou le traumatisme final, responsable de la décompensation, n'est en général pas d'une extrême violence. Il en résulte des diagnostics divers qui vont de la simulation à la dépression, voire à des états limites ou des psychoses. Le

plus souvent, il y a simplement déni de la souffrance engendrée. Il en résulte une non-reconnaissance persistante qui entretient la faille narcissique et provoque une fixation sur le traumatisme.

Je vais vous exposer un exemple typique correspondant à des situations que connaissent beaucoup de soignants. Il s'agit d'un patient né en 47 dans un village près de Tanger. Il n'a pas été scolarisé. Son père meurt en 58. Il arrive en Belgique en 66 et trouve immédiatement du travail. Son parcours est normal, il se marie en 76 et aura quatre enfants. En avril 93, il se fait un lumbago aigu en soulevant une charge. Ceci est refusé comme accident du travail. Il subit de très nombreux examens médicaux et est pris en charge par la mutuelle. En décembre 94, il commence à être suivi sur le plan psychiatrique. Pour la première fois est noté le besoin de reconnaissance. En décembre 96, un premier jugement désigne un expert. En août 97, l'expert reconnaît l'accident ayant provoqué une hernie discale et fixe l'interruption temporaire de travail à 4%. Il refuse par contre toute prise en compte de problèmes psychiques. En décembre 98, le tribunal entérine le rapport d'expertise. La mutuelle interrompt immédiatement sa prise en charge et il se retrouve au chômage. Poursuivant sa quête, il introduit un recours en appel à la cour du travail pour faire reconnaître ses problèmes psychiques comme étant en relation avec l'accident. En janvier 2000, il est débouté par la cour. En février 2004, son recours contre la mutuelle n'est toujours pas jugé... Le centre d'Ici et D'ailleurs confirme le diagnostic de névrose traumatique du migrant.

---

## La question du statut

Une des questions posée par Tobie Nathan est celle de la relation entre l'âge de l'apparition des symptômes psychiques et l'âge des enfants. Dans *L'influence qui guérit* il dit ceci : « *Les migrants sont contraints d'opérer un clivage entre deux référentiels culturels. Au début de l'immigration, le clivage se révèle opérant, mais bientôt, les enfants s'installent dans les significations de la culture d'accueil, le processus de clivage se raidit chez les parents et les contraint à un véritable clivage du moi au sens où l'enten-*

*dait Freud.  
Un tel clivage se manifeste sur le plan cognitif par l'impossibilité d'établir des médiations entre deux univers référentiels. Lorsque éclate la souffrance psychopathologique, le patient, en l'absence de code d'expression de sa maladie assumant texte et contexte, se trouve dans l'impossibilité d'exprimer ses deuils et ses conflits internes. »*

C'est-à-dire que plongé dans un univers inconnu, le patient peut résister en se différenciant,

en se clivant. Il y a le soi et il y a les autres, le « dedans » du système familial et le « dehors » du milieu de travail qui obéissent à des références différentes. Plus tard, il apparaît que la famille ne se réfère plus exclusivement au système culturel d'origine et que des éléments de l'autre monde interfèrent. Pour certains, cela va permettre une mutation de compromis, mais pour d'autres cela va être vécu comme une impasse pour leurs facultés d'adaptation. Ce débordement des facultés va conduire à une désorganisation psychique et à la somatisation massive.

*Quand la Belgique a fait appel à la main-d'œuvre marocaine, c'était pour travailler. L'intérêt et la préoccupation première des employeurs est le maintien ou la réparation de la force de travail, des soins de dispensaire en quelque sorte.*

*Mais voilà, la réalité va s'imposer autrement. Le codage des plaintes est différent, le vécu de la maladie l'est aussi, déconcertant le médecin belge de plus en plus en recherche « d'objectivation » dans ces années là.*

*La conception de la santé comme le bien le plus précieux que l'on a reçu de Dieu, santé qui devrait à tout prix être restaurée, crée chez le patient immigré des attentes souvent impossibles à rencontrer. Le traumatisme migratoire crée une souffrance psychologique importante qui va devoir être identifiée comme telle.*

*De plus, les migrants emmènent leurs maladies, leurs représentations culturelles, leurs démons et autres « mauvais œil ». De cela, a priori, on ne parle pas au médecin belge. Pas plus que des circuits de soins traditionnels qui coexistent avec la médecine « scientifique ».*

*Et les migrants amènent aussi des familles, deviennent une communauté destinée à rester durablement ici.*

*Le système belge est donc amené à évoluer pour intégrer ces particularités, pour devenir réellement accessible aussi sur le plan culturel. Alors, quelle formation pour les soignants ?*

Pour le travailleur migrant, le statut de chômeur est vécu comme pénible et infamant. L'idéologie qui désigne le chômeur comme un « profiteur » s'est inscrite dans les références culturelles acquises.

Le statut de malade apparaît comme bien plus en relation avec la plainte psychique somatisée et confère à la personne dans sa communauté un statut respectable d'insertion sociale. Dans ce statut, la personne va être et se sentir respectée, et peut commencer à essayer de trouver, au-delà du traumatisme, une nouvelle identité. Celle d'une personne que la malchance ou plutôt le destin a exclu du monde du travail.

## En conclusion

Je voudrais souligner quelques points forts concernant la prise en charge des travailleurs migrants dans le cadre de la sécurité sociale belge. D'une part que la mise en exergue de manière trop littérale des plaintes somatiques, comme c'est trop souvent le cas dans certaines institutions de soins, conduit à une non-reconnaissance par les organismes de contrôle. Ceci cristallise les plaintes et renforce le sentiment de non-reconnaissance, on aggrave la souffrance.

Il faut le dire clairement à nos patients immigrés : les instances d'expertise ne sont en aucun cas un lieu de réparation de blessures morales et psychiques. Elles ne sont que des structures d'arbitrage où le patient est dépossédé de sa position de sujet par des tiers « experts » qui vont décider de son statut. D'autre part pour



les soignants, prendre le temps d'une lecture des plaintes, mise en contexte de la migration, permet une prise en compte de la souffrance psychique et une reconnaissance de celle-ci. Cette reconnaissance fait diminuer les plaintes ou au moins les situent à leur juste place.

Pour nous, la découverte et l'exploration des aspects particuliers des affections touchant les travailleurs migrants constituent un déficit que nous devons intégrer, sous peine de passer « à côté » de la compréhension réelle de ce qui se passe. Cette découverte remet en question nos manières de penser la santé et la maladie, de penser la personne comme différente de nous. Elle remet aussi en question nos certitudes supposées et nos propres projections culturelles.

Elle permet de mesurer à quel point nous, soignants, sommes ethnocentriques dans nos références d'universitaires, non seulement pour les populations immigrées, mais aussi vis-à-vis des populations belges culturellement différentes de nous. ●

# Immigration et psychopathologie : pour une clinique créatrice

Ali Aouattah,  
docteur en  
psychologie,  
psychologue au  
centre D'Ici et  
D'Ailleurs.

.....

*Tous les professionnels de la santé mentale s'accordent à dire que la rencontre et la prise en charge des patients migrants n'est pas une entreprise aisée, tant il est difficile de saisir les manifestations pathologiques présentées par eux, mais aussi, et je dirais surtout, tant est particulière la relation thérapeutique qu'on établit avec eux. Faut-il le rappeler, la relation thérapeutique s'appuie sur des implicites culturels partagés par ceux qui s'engagent dans cette relation. Or, en ce qui concerne la psychothérapie avec des migrants, ces présupposés ne sont pas nécessairement partagés.*

.....

complexification de nos manières de faire, qui permette d'introduire l'altérité culturelle dans nos dispositifs de soins. La clinique recommandée est dès lors une clinique pragmatique, qui, à l'écoute de la singularité et de l'altérité, invente et imagine des structures de soins métissés où tous les migrants ont une place. L'idée qui préside à une telle position pragmatique, éclectique, est que les migrants ne viennent pas de nulle part ; ils ont au contraire, un passé, une histoire et un savoir. Pour « soigner », il est nécessaire de tenir compte de leurs étiologies relatives au malheur et à la maladie, de l'extrême diversité de leurs systèmes thérapeutiques, de leurs structures familiales ; il faut être attentif aux statuts des hommes, des femmes et des enfants ; mais aussi à leurs mythes fondateurs, à la destinée de leurs morts, etc. En somme, à la vision du monde qui est la leur. Quand nous faisons surgir ce matériel, lorsque nous l'actualisons et nous le rendons présent au cours du travail clinique, c'est aussi tout le cadre social et culturel dans lequel le patient s'est structuré en tant que personne et en tant que membre d'une famille, la sienne, que nous réanimons.

---

## Les migrants ne viennent pas de nulle part

Quand il est confronté aux difficultés d'ordre psychologique ou familial, le vécu des migrants se heurte fréquemment à des malentendus qui empêchent, de la part des institutions socio-éducatives, une évaluation et un accompagnement adéquat. Ces familles en difficulté se réfèrent tout naturellement aux repères culturels en usage dans leur pays d'origine, où le quotidien est une mosaïque de références inséparables des croyances religieuses, traditionnelles et scientifiques. Ce qui nous fait dire qu'il y a nécessité d'une

---

## D'autres manières de construire du sens

A un degré ou un autre, et selon un ordre de priorité certainement différent, tous ces paramètres que nous venons d'évoquer, plaident un moment ou un autre, pour un réaménagement du cadre thérapeutique. Dans le temps d'intervention qui m'est imparti ici, je me limiterais à la seule évocation des représentations culturelles de la maladie mentale au sein des populations issues de l'immigration maghrébine. Les études et les constats des professionnels mettent en évidence dans ce domaine une manière de construire du sens, le sens de la maladie, totalement différente de celle avancée par les sciences médicales.

A titre d'exemple, je citerai les conclusions d'une étude récemment menée par l'anthropo-

Mots clés :  
cultures et  
santé -  
représentation  
de la santé  
et de la  
maladie -  
santé  
mentale.



logue Hans Verrept, et qui a examiné dans quelle proportion les Marocains de Belgique ayant des problèmes de santé, s'adressent-ils à des guérisseurs traditionnels (1998). Il en ressort que ces derniers, installés à Bruxelles, sont très souvent consultés par leurs compatriotes, particulièrement pour les problèmes psychiques et relationnels, étiologiquement imputés à l'intervention des esprits, du mauvais oeil ou de la magie. Pour ce genre d'affections, les patients restent attachés aux modèles venus de leur pays d'origine, et perçoivent les schémas d'aide psychologique occidentaux comme étant trop éloignés de leur culture et de leur univers mental (quand ils ne sont pas tout bonnement méconnus). D'après l'auteur, certains patients présentant des affections psychiatriques graves ne sont jamais mis en contact avec les acteurs de la médecine officielle.

Le recours à une thérapie autre que la psychiatrie laisse supposer que dans l'esprit des malades et de leurs familles existent d'autres grilles d'interprétation de la maladie mentale que celles proposées par les tenants du traitement psychiatrique. Ce constat correspond, sur le plan général de la pratique psychiatrique, à une réalité clinique de plus en plus reconnue par les professionnels de la santé mentale : les symptômes, la maladie psychologique ou psychosomatique de tout individu sont organisés selon les modèles étiologiques proposés par la culture ou sous-culture d'origine. Chose assez curieuse, même le DSM IV semble avoir saisi, sinon l'importance, du moins le besoin d'en dire quelque chose puisqu'il comporte des informations qui se rapportent spécifiquement à des considérations culturelles, notamment une description des syndromes spécifiques d'une culture donnée et une discussion sur les variantes culturelles pouvant être observées dans les présentations cliniques des troubles. On peut considérer qu'il y a là un progrès. Mais même dans une telle entreprise, on constate qu'on ne peut échapper à la loi du contexte culturel, puisque l'analyse attentive montre que sur vingt-cinq syndromes référencés, plus de la moitié relève du monde hispanique (en réalité celui des Latinos des États-Unis), du monde

asiatique (surtout celui représenté par les migrants) et des autochtones américains. L'Afrique par exemple est seulement présentée par trois syndromes (*zar* éthiopien, la bouffée délirante, et le *branig fag* des étudiants africains « face aux défis de l'enseignement »). Le monde méditerranéen se voit quant à lui doté du seul *mauvais oeil*.

---

## Les représentations traditionnelles au Maghreb

Mais pour revenir à la société maghrébine, il semble que celle-ci a développé un système de compréhension conformément à ces représentations culturelles traditionnelles. Quelles sont ces représentations ?

Brièvement et d'une façon très schématique, on peut dire que les cultures traditionnelles maghrébines décrivent ces étiologies en termes de possession, de sorcellerie, du mauvais oeil, etc., qui sont, globalement, des systèmes collectifs de représentations du désordre mental qui permettent, selon la conception persécutive qui les traverse, de situer l'origine des troubles en dehors de soi et de projeter le mauvais à l'extérieur. Ce sont des théories culturelles qui évoque l'intervention d'être culturels (esprits, *djinn*s), des processus techniques (sorcellerie), la transgression de tabous ou d'interdits, etc. Ces énoncés, qui sont d'abord des processus avant d'être des contenus, sont constitués d'un corps organisé d'hypothèses qui n'appartiennent pas en propre à l'individu mais qu'il s'approprie en partie, à un moment donné de sa vie, quand il en a besoin. Ces hypothèses sont mises à sa disposition par le groupe et sont transmises sous de multiples formes : par l'expérience, par le récit, par des énoncés non-langagiers comme les rituels, par les techniques du corps, par les techniques de soins, etc. Ce sont des mécanismes de production de sens, in fine individuel, et donc variables de l'un à l'autre et très mouvants dans le temps.

Voilà donc ce que l'on pourrait dire sur les

représentations étiologiques traditionnelles des maladies mentales au Maghreb. Il convient de noter que ces représentations sont loin de s'exclure mutuellement. Au contraire, souvent elles se complètent et renvoient les unes aux autres (par exemple : je suis habité par un *djinn*, là on est dans la possession parce qu'on m'a fait de la sorcellerie). L'expérience clinique nous montre en effet que la désignation des causes est généralement multiple. Frayeur, mauvais œil, jalousie, *djinn*s, mauvais objets, etc., peuvent être évoqués pour le même consultant selon les moments, selon les étapes de son discours, selon les membres de sa famille, etc. Il est même vraisemblable que c'est dans cette démarche multidimensionnelle qu'un travail psychologique est possible.

Que faut-il penser de ce genre de discours interprétatif de la maladie, que l'on retrouve forcément chez les patients immigrés qui présentent eux aussi des symptômes tacitement structurés par les théories étiologiques traditionnelles de leur culture ?

- D'abord, de fait de l'immigration, il y a chez les patients migrants un surinvestissement des représentations culturelles. Ce phénomène n'est pas systématique, il existe même son contraire, mais il concerne particulièrement les patients que nous recevons. Cela signifie que dans un nombre étonnant de cas le recours à ces représentations est plus élevé qu'il ne l'est dans la société d'origine mais aussi que ces représentations tendent à se figer, à s'immobiliser comme si elles ne pouvaient plus bénéficier de la vie et du dynamisme qui les affectent en continu au pays.
- Ensuite, ces systèmes collectifs de représentations du désordre mental, permettent de situer l'origine des troubles en dehors de soi et de projeter le mauvais à l'extérieur. Cette désignation à la fois spontanée et codifiée d'agents pathogènes se situant à l'extérieur est une opération culturelle qui met à la disposition du malade des modèles de comportement pour exprimer son malaise. Devereux a utilisé une jolie formule pour décrire ce processus selon lequel la société mettrait à la disposition de ses membres un certain nombre de modèles d'inconduite conformes à ses principes de base, à ses

mythes, et à son idéologie. Tout se passe, dit-il, comme si la société dictait à l'individu sa manière d'être anormal ; en quelque sorte, en lui disant : si tu veux manifester ta folie, voilà comment il faut s'y prendre.

Une telle codification culturelle de la pathologie qui permet aux patients de rationaliser leurs souffrances avec de l'irrationnel, c'est-à-dire de les culturaliser en les situant dans un ailleurs magico-religieux est triplement rentable pour le patient. Primo, le fait d'assigner à son symptôme une dimension culturelle, lui permet d'évacuer une part importante de l'angoisse que susciterait une problématique aberrante : un diagnostic de possession par exemple est bien plus rassurant que la perspective de se voir traiter de fou. Secundo ; cela permet au patient d'éviter l'enlèvement dans l'isolement vers lequel peut entraîner une atteinte psychique dépourvue de sens, puisque les entités pathogènes nommées par l'interprétation sont celles-là mêmes qui sont investies par le groupe social, qui le fait par conséquent bénéficier de son soutien. Tertio, l'interprétation traditionnelle constitue une sorte d'exutoire anthropologique auquel a recours le patient pour camoufler des conflits intérieurs, faire passer des désirs inconscients autrement inavouables, ou encore communiquer une série d'expériences subjectives qui, ainsi dites sous le couvert de la symbolique culturelle, se révèlent déculpabilisantes parce qu'elles dégagent la personne atteinte de la responsabilité de ses impulsions et obsessions. Chercher avec un patient par exemple la genèse de l'impuissance sexuelle, en fouillant à l'intérieur du patient, en pensant notamment à une homosexualité latente, est quand même plus angoissant que d'exprimer ce trouble-là en le projetant sur un autrui qui aurait provoqué cette situation par des procédés magiques.

---

### Ne leur traduit pas ça, ils ne vont pas comprendre

Qu'est-ce que le fait de reconnaître aux interprétations traditionnelles ces différentes fonctions implique-t-il pour nous qui sommes parfois amenés à les rencontrer dans le cadre de notre travail avec des patients immigrés ?



Cela implique que l'on ne doit pas considérer ces interprétations comme de simples superstitions naïves qui inviteraient tout bonnement à projeter le mauvais à l'extérieur sans avoir rien à modifier de l'intérieur. Je pense au contraire que les forces et les personnages surnaturels sont à considérer comme des représentations fournies par la culture à toutes les dimensions pulsionnelles contradictoires de l'être humain.

Ce regard que nous devons porter sur les interprétations traditionnelles est de nature à nous éviter de rejeter des patients sous prétexte qu'ils sont incapables de ressentir ou de commenter leurs pathologies autrement qu'à travers les représentations culturelles, et que les signifiants culturels feraient irruption dans la relation thérapeutique et empêcheraient toute accessibilité aux données psycho-affectives. Or, les représentations culturelles sont données à un sujet de par son éducation et son appartenance et, en attribuant sa détresse à une entité surnaturelle, il ne fait que raisonner de façon conséquente à ce système de représentations. Autrement dit, ce n'est pas parce qu'il s'appuie sur un langage socialement codifié quant à ses contenus que le patient opère pour autant un renoncement à sa personnalité. Si on s'accorde sur cette réalité, c'est-à-dire si on arrive à admettre qu'un discours sur la pathologie culturellement déterminé peut aussi et surtout représenter un discours de souffrance psychique, si on s'accorde sur une telle réalité, on arrivera à travailler avec des patients immigrés, et faire en sorte que leur évocation culturelle serve de support à l'évocation du matériel psychique, à l'association libre et au travail d'élaboration.

C'est pour cela qu'il est important de repérer dès les premiers entretiens la nature de l'interprétation traditionnelle implicitement contenue dans le symptôme, car c'est uniquement cette reconnaissance de notre part qui peut inaugurer la relation thérapeutique. Au-delà, il faut se demander quelles sont les possibilités que l'on se donne face à des discours de familles ou de patients qui véhiculent d'autres théories qui viennent interroger les nôtres que l'on peut se donner pour créer une ouverture ? Car si l'on ne comprend pas ce qu'il y a derrière un discours, nous sommes alors obligatoirement

limités et nous ne pouvons évoluer. Le plus important, c'est d'instaurer quelque chose de l'ordre du possible auquel on peut arriver avec le patient pour engager une ouverture, au lieu de rester dans l'impossible. Il s'agit de ne pas mettre la personne dans une situation où elle puisse penser : si je dis cela, ils ne me comprendront pas, ils ne vont me croire... Combien de fois, quand je suis dans une position de traducteur pour mes collègues, n'ai-je pas entendu des patients me demander : ne leur traduis pas ça, ils ne vont pas comprendre ! Comment un travail clinique peut-il prétendre être productif s'il ne dépassait pas cet écueil ? Si un tel matériel, celui des patients, ne pouvait avoir la possibilité d'être convoqué en vue de co-construire du sens avec les patients et les familles, c'est tout un imaginaire, qui a été indispensable à la structuration psychique, dont on se prive.

Cette construction du sens partira évidemment de ce que les patients disent, de ce qu'ils amènent comme matériel. Je veux dire que la référence à un discours culturel est une opéra-



tion éminemment individuelle. L'observation montre en effet que les réalités psychoaffectives sont loin d'être aussi monolithiques que pourrait le laisser supposer l'homogénéité de la mise en cause d'un matériel culturellement et socialement codé. Mais, et c'est une donnée de l'expérience clinique, on peut affirmer que ne nous pouvons aider, sur le plan psychologique, un patient que dans la mesure où nous pouvons pénétrer à l'intérieur de lui-même, et là nous voyons bien en quoi c'est important d'avoir une certaine connaissance des modèles culturels, des théories étiologiques de la maladie pour pouvoir avoir cette espèce de compréhension de l'autre, cette empathie, qui va faire que le sujet, lui, va se sentir compris.

Il y a, en psychologie clinique des situations qui sont de véritables paradigmes. La rencontre avec l'altérité, la singularité, en est un, en ce sens qu'elle vient à remettre en question nos conceptions théoriques et techniques. Une clinique qui se veut scientifique, se doit de créer des modes, des procédés ou des dispositifs thérapeutiques là où la règle commune n'est pas applicable. ●

## Bibliographie

Aouattah A., *Ethnopsychiatrie maghrébine*, Paris, L'Harmattan, 1993.

Aouattah A., L'enfance maghrébine au rythme de quelques rites fondamentaux, *Bulletin de Psychologie*, 2001, tome 54 (1), 451, pp.55-61.

Aouattah A., « Immigration maghrébine, maladie mentale et psychiatrie ou quand les immigrés emmènent leurs maladies », *Annales Médico-Psychologiques*, 2000, 158, n° 9, pp.693-701.

Boucebci M., « Le psychiatre et ses questions face aux pratiques traditionnelles au Maghreb », *Ann. Méd. Psycho.*, 1985, 143, n° 6, p.519-540.

Devereux G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, Gallimard. 1970.

El-khayat GH., « Psychanalyse au Maroc : résistances culturelles », *Revue française de psychanalyse*, 1993, 3, p.879-882.

Laplantine F., *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot. 1986.

Verrept H., *Les médecins dans la communauté marocaine de Bruxelles*, V.U.B., Juin 1998 (en néerlandais).





# Le corps dans la société arabo-musulmane : de la libération du péché originel à la protection et au contrôle social

.....

*Nous n'avons pas, dans le cadre de cet article, le moyen de nous prononcer au sujet des discours savants, scientifiques, mythiques et populaires sur le corps qui requièrent les outils et les méthodes les plus performants de la pensée contemporaine (principalement les sciences humaines, linguistiques...). Ce qui sollicite notre questionnement, par contre, c'est la place même et la représentation du corps dans un processus conflictuel entre le corps libéré du péché originel d'une part et protégé, contrôlé, voir même encastré, d'autre part.*

.....

La sociologue tunisienne Traki Znnad Bouchrara<sup>1</sup> considérait l'islam comme une religion du corps et, selon elle, c'est à travers les techniques rituelles de purification, hygiéniques et sacrales, que nous le percevons le mieux. Lors de chaque appel à la prière, ou en vue de l'accomplissement d'un acte sexuel, ou encore en séance de maquillage et de beauté, les musulman(e)s sont appelé(e)s rituellement à mettre leur corps en valeur et en prendre soin. Ainsi, une purification, répétée cinq fois par jour, et qui passe par les ablutions *tahara* pour entrer en communion avec Dieu par la prière, fait du corps musulman un objet de soins particuliers (Hassouna Mekni, 1989).

Par ailleurs, toute une tradition prophétique, littéraire et poétique, érotisée ou non, exalte le corps, lequel est alors libéré du péché originel et à la recherche d'un plaisir pour lui-même. Plusieurs récits nous montrent comment le prophète Mohamed prend soin de son corps abondamment parfumé. Ainsi que nous le raconta sa femme Aïcha : « Je parfumais l'Envoyé de Dieu avec les parfums les plus odorants que je pouvais trouver jusqu'à ce que je visse l'éclat de ce parfum sur sa tête et sur sa barbe » (EI-Bokhari, TI, 4).

Tout un corpus littéraire et poétique, surtout érotique et sexuel, magnifie le corps. Voilà quelques « méditations » de poètes et mystiques musulmans<sup>2</sup> :

*« Le terme de l'amour chez l'homme  
est bien l'union.*

*L'union de deux esprits et l'union de deux  
corps »*

(Ibn Arabi, 1165-1240)

*« Oh, je veux jouir de la part qui revient à  
chacun de mes membres,  
avant que ces mêmes membres  
soient rentrés dans leur trou ! »*

(Omar Khayam 1050-1123)

*« Le corps ? Promène ses membres disloqués.  
Tel gouffre  
Est-ce monde...*

*Ô pauvres de nous sans guide !*

*Sur ton visage livide, ces larmes de sang ?...*

*Poète, mais c'est la vie t'inondant de ses  
teintes »*

(Fouzouli, XVI<sup>e</sup> siècle)

En dépit de l'extrême richesse et densité tant du texte coranique que de la littérature poétique, mystique et érotique témoignant d'une conception du corps libéré du péché originel, ce corps humain a toujours été également l'objet de conventions théologiques, juridiques, sociales et culturelles. Ainsi classifié, il se situe dans

**Mejed  
Hamzaoui,**  
*sociologue,  
Institut du  
travail, université  
libre de  
Bruxelles.*

(1) Zannad  
Bouchrara T.,  
Les lieux du  
corps en islam,  
Ed. Publisud,  
Paris, 1994.

(2) Chebel M.,  
Encyclopédie de  
l'Amour en  
Islam, Ed. Payot,  
Paris, 1995,  
p.172.

**Mots clés :**  
cultures et  
santé –  
corps.

les catégories de licite-illicite (*Hallel et Haram*), de mutilation et de quadrillage.

Il était dès lors protégé, non seulement contre les atteintes des tiers, mais aussi contre les atteintes de la volonté de son porteur. Ainsi, on disait que la personne était protégée « contre elle-même »<sup>3</sup>.

Au moyen de textes canoniques plus ou moins codifiés, tant les détenteurs des pouvoirs sacrés ou profanes que les collectivités humaines, ont investi une énergie immense à construire des grilles de lecture et des méthodes d'intervention afin de « protéger » et contrôler le corps humain. La liste des exemples liant le corps au registre de la protection et du contrôle dans les sociétés musulmanes se révélerait longue et fastidieuse, vu que « le corps est présent à travers tous les niveaux d'organisation formelle ou informelle de la société »<sup>4</sup>.

Nous n'avons pas, dans le cadre de cet article, le moyen de nous prononcer au sujet des discours savants, scientifiques, mythiques et populaires sur le corps qui requièrent les outils et les méthodes les plus performants de la pensée contemporaine (principalement les sciences humaines, linguistiques...). Ce qui sollicite notre questionnement, par contre, c'est la place même et la représentation du corps dans un processus conflictuel entre le corps libéré du péché originel d'une part et protégé, contrôlé, voir même encastré, d'autre part.

### Le discours coranique sur le corps

Si l'islam en tant que substance spirituelle est impérissable, l'islam en tant que mœurs et sensibilité est soumis, lui, à l'historicité (Jacques Berque).

En effet, le message coranique est constitué d'un ensemble de discours, tantôt prophétique, rationnel, législatif, narratif, symbolique, métaphorique... dont il garde à la fois l'équilibre et le contrôle. Ici « nous touchons à la tangente entre la religion islamique et le fait religieux, de fait empirique avec sa complexité »<sup>5</sup>.

Nous tenterons de saisir la notion du corps dans le Coran, tantôt dans le registre métaphysique (voir les versets mékois), tantôt dans le registre législatif (voir les versets médinois).

La conception issue du christianisme voit dans le corps une source de péché originel, « ce qui explique en partie la socialité corporelle européenne qui renvoie à de véritables rites d'évitement et dans la vie courante, on assiste à une sorte « d'escamotage » du corps. Les émotions seraient alors une rupture « d'équilibre ». C'est ainsi qu'elles iront s'écouler dans des « moules collectifs » qui vont moduler les émotions et rendront difficile l'irruption de toute trace de spontanéité. Le code précède l'émotion et lui confère une rigidité rituelle »<sup>6</sup>.

Ce corps « à refouler car source de péché », est perçu différemment dans la religion islamique. En islam, le corps (et sa beauté) est un don du Dieu qu'il faut savoir exploiter et mettre en valeur. Le prophète lui-même incite « ses disciples au culte de la chair, aux préludes de l'amour, aux jeux du corps et de l'imaginaire »<sup>7</sup>. Autrement dit, le musulman (homme et femme) doit assumer son corps en l'initiant à l'art de la jouissance et du plaisir.

Purifier son corps pour retrouver la foi et la prière, puis se donner une nouvelle fois aux saintes joies de l'Éros. Le musulman est renvoyé à chaque instant, de sacralité en sexualité et de sexualité en sacralité.

Telle est la dialectique de sens du message coranique qui mettra constamment en valeur et prendra soin du corps humain, car le mépris du corps est finalement mépris de l'esprit (A. Bouhdiba, 1982).

Dans le texte fondateur, la notion du corps signifie l'âme (*al-nafs*) : valeur suprême et la plus fondamentale des images de la réalité.

*Al-nafs* est traduite aussi par être humain puisque selon le propos de Ghazalie (1058-1111) : « L'Âme est l'homme en vérité et elle est lui-même ».

Ce corps du musulman est toujours invité à se purifier par la communication avec Dieu et il est « en mouvement, celui qui va vers la prière, vers l'action, vers la vie ! L'appel à la prière est bien un appel du physique. Dans la paix, dans la joie, la peine et la tourmente, le musulman retrouve sa vitalité, son optimisme, sa foi, en comptant sur lui-même, sur son corps »<sup>8</sup>.

Mais *al-nafs* est le sujet du devoir *manâ al-taklif* et celle qui en porte toutes ces conséquences (Hamida Ennaifar, 1993), comme le

(3) Lacub M., « Bioéthique et écologie : l'élaboration d'un nouveau statut pour le corps humain », in MIRE INFO, n° 32-33, Paris, octobre 1995.

(4) Chebel M., Le corps dans la tradition au Maghreb, Ed. PUF, Paris, 1984, p. 11.

(5) Zannad Bouchrara T., op. cit., p.22.

(6) Le Breton D., « Effacement ritualisé du corps », Cahiers internationaux de Sociologie, V. L. XXVII-, cité par ZANNAD BOUCHRARA, T., op. cit., p.38.

(7) Bouhdiba A., La sexualité en Islam, PUF, Paris, 1982, p. 171.

(8) Zannad Bouchrara T., op. cit., p.16.



souligne le texte coranique : « Redoutez enfin le jour où chacun recevra le prix de ses actes et où personne ne sera lésé » (II, 281), ou encore « Celui qui choisit la bonne voie la choisit pour son bien, Celui qui en dévie le fait à son détriment » (XXXIX, 4).

Ici, nous entrons dans le domaine de la responsabilité où *al-nafs* porte le fardeau du libre choix et le poids de la liberté. On n'est plus dans l'art de l'exaltation du corps libéré du péché originel et à la recherche d'un plaisir pour lui-même, mais on passe dans le registre de l' (auto-) protection et de l' (auto-) contrôle du corps.

C'est le corps conventionné, juridifié et classifié qui sera traité tant dans les versets médinois que dans les corpus savants et populaires

Nous touchons là un point central de la « raison islamique » qui régleme le rapport conflictuel entre le corps libéré et le corps raisonné et surveillé. Selon le texte fondateur, le musulman est un être raisonnable, capable de comprendre les « signes » (*al-ayat*) de Dieu : « (...) Il vous montre ses signes. Peut-être comprendrez-vous » (II, 73, Coran).

Lire et comprendre les signes de Dieu, c'est dire que la création d'*al-nafs* comme première coagulation est associée à l'autre création de Dieu par le calame, autrement dit, la lettre écrite : « lis au nom de ton Seigneur qui a créé l'homme d'un caillot de sang (*alaq*). Lis car ton Seigneur est le très-généreux qui instruit l'homme au moyen du calame (*qalam*) et lui a enseigné ce qu'il ignorait » (XCVI, 1,2, Coran). La création d'*al-nafs* associée à la lettre (*qalam*) pour s'initier à lire et comprendre le savoir divin indique aussi que le corps est un corps textuel, « un corps soumis à la suprématie du verbe dans les incantations religieuses et parchemin au scribe de la Loi sociale »<sup>9</sup>. Et le fait de la loi « en tant que lecture suppose donc l'accès à une lettre qui marque la connaissance du passage de la non-vie à la vie, là où se forme le premier accroc de la gestation de l'être »<sup>10</sup>.

En effet, l'art de la jouissance du corps doit s'accompagner de la maîtrise du corps raisonné et socialisé. Ceci dit, nous tournons autour d'un débat classique et conflictuel entre la notion de la raison (la conception coranique de la notion de la raison est identifiée tantôt sous l'aspect de la raison socialisée et conventionnée, tantôt libérée de toute forme d'aliénation) et la notion

de « désir ». Ce dernier qui identifie le corps comme objet sexué, va détourner l'attention du croyant(e) de son point focal, à savoir Dieu, qui n'est accessible que dans et à travers l'exercice constant du raisonnement.

Il faut signaler que le désir lié au corps sexué n'est pas globalement affirmé comme contraire à l'ordre divin ou social en islam, toutefois la force d'un homme sera de lutter constamment par l'exercice du raisonnement afin de pas être détourné des signes de Dieu.

Dans ce sens, le prophète Mohamed dit que la force d'un homme « ne se mesure pas à sa capacité de vaincre d'autres hommes, mais à sa capacité de vaincre sa propre personne (*Nafsahu*) » (Hadith du Prophète pour définir le « grand jihad » par rapport au « petit jihad » qui n'est qu'un combat physique contre les ennemis).

Le corpus théologique, juridique (*al-charia*) et rituel autour du thème de corps raisonné et surveillé (la protection et le contrôle) est extrêmement abondant et vulgarisé au sein des populations musulmanes.

Nous citons, dans ce qui suit, quelques lectures, interprétations et vécus du corps qui se réfèrent à des instances de légitimation religieuse, politique, superstitieuse ou à d'autres croyances populaires.

## Le corps comme « *âoura* »

Les exégèses de la théologie orthodoxe musulmane (Salafiste et traditionaliste) centrent leur débat autour du concept coranique *el-âoura* (nudité) qui est la partie aveugle, cachée, interdite au regard pour définir ce qui est licite et illicite. « Ce tabou de la *âoura* va du nombril au genou. La partie concernée par cette mesure est, bien évidemment, la partie génitale »<sup>11</sup>.

Cette partie de corps interdite au regard ne sera dévoilée qu'en paradis. Entre-temps dans la vie terrestre le fils d'Adam doit voiler ces membres du corps par les vêtements « Ô fils d'Adam ! Nous avons fait descendre sur vous un vêtement qui cache votre nudité et des parures ; mais le vêtement de la crainte révérencielle de Dieu est meilleur ! » (VII, 26, Coran), ou encore dans le verset suivant : « Ô fils d'Adam ! Que le Démon ne vous tente pas comme au jour où il a

(9) Chebel M.,  
op. cit., p.151.

(10) Benslama F.,  
La nuit brisée,  
Muhammad et  
l'énonciation  
islamique, Ed.  
Ramsay/  
collection  
psychanalyse,  
Paris, 1988, p.84.

(11) Chebel M.,  
op. cit., p.53.

(12.) Cité par Vial Ch., Rifâ'a al-Tahtâwî (1801-1873) précurseur du féminisme en Égypte, Maghreb-Machrek, n° 87, Paris, janvier-février-mars, 1980, p. 42.

(13) Chebel M., Encyclopédie de l'amour en Islam, op. cit. p. 456.

fait sortir vos parents du jardin en leur arrachant leurs vêtements afin qu'ils voient leur nudité » (VII, 27, Coran).

Comme l'a souligné Malek Chebel (1995), on peut affirmer que, contrairement à la consommation de l'acte sexuel, la *âoura* a toujours posé un problème en islam et plus particulièrement à la théologie salafiste et littérale.

En effet, l'interprétation littérale du texte coranique fait que les théologiens associent ces membres du corps caché au regard à un concept coranique, *El-fitna* (désordre, discordance,...) et ensuite à l'ensemble du corps féminin qui est considérée comme *âoura* (voir le débat actuel, sur le voilement et dévoilement du corps des femmes musulmanes).

juges ou « *imam-s* » ou d'exercer une fonction publique c'est peut-être le fait qu'elles sont des « êtres honteux » (*âoura*) qui ne sauraient se mêler aux hommes pour s'acquitter des devoirs de leur charge »<sup>12</sup>.

Ceci étant, nous sommes très loin du premier discours coranique sur le corps qui est libéré et initié à l'art de la jouissance, dès lors, nous sommes passés dans le registre du corps socialisé où l'on peut définir « la nudité comme le territoire corporel masculin ou féminin qui doit être masqué à autrui »<sup>13</sup>. Ce territoire corporel interdit est doublement sanctionné lorsqu'on est femme, car elle « est attaquée en tant qu'incarnation et symbole du désordre. Elle est *fitna*, la polarisation de l'incontrôlable. La représentation vivante des dangers de la sexualité et de son potentiel destructeur démesuré »<sup>14</sup>.



Soucieux de l'ordre moral et de l'organisation sociale de la *Umma* (communauté), les théologiens et les *fakihs* (jurisconsultes) vont codifier le corps comme source de *fitna*. Il y a eu là comme une antinomie entre l'éthique fondamentale qui relie le corps et l'esprit (pour rappel, le terme *al-nafs* signifiant corps et esprit) libéré du péché originel, et les jurisprudences qui dissocient les deux pour mieux le contrôler. C'est ainsi que les manuels théologiques et les récits issus de la religiosité populaire vont décrire les différentes parties du corps comme lieu et signification licite ou illicite, et toute manifestation du corps sera régie par autorité et par la tradition, bref par toute forme de réceptivité à l'autre, à la loi,... (Zeineb Charni-Bensaïd, 1990).

Le corps est conçu comme une instance d'(auto-) régulation, et réceptif aux ordres de l'autorité qui mutile et gère ses réactions. Ainsi, on apprendra :

- comment baisser le regard vu que les yeux (surtout des femmes) sont redoutables, puisque le regard (des yeux) « est comparé à une flèche, qui tue sûrement et de manière plus habile que le plus brillant des archers »<sup>15</sup>.
- comment marcher : « Ne marche pas sur la terre avec exubérance » dit le Coran (XVII, 37), qu'Ibn Taymiyya (12<sup>ème</sup> siècle) justifie, par analogie à ce verset coranique, l'interdiction de la danse en précisant que « la danse est quelque chose comme cela »<sup>16</sup>.
- comment saluer ou manger par la main droite

(14) Mernissi F., Sexe, Idéologie, l'islam, Ed. Tierce, Paris, 1983, p. 198.

(15) Zannad Bouchrara T., op. cit., p. 59.

(16) Michot J., Musique et danse selon Ibn Taymiyya, Ed. Vrin, Paris, 1991.

L'extension du concept *al-âoura* à la totalité du corps féminin n'est pas l'apanage des théologiens ou juristes littéralistes, on la trouve aussi chez certains réformistes. Ainsi Rifâ'a al-Tahtâwî (réformiste égyptien, 1801-1873) qui récupère même la notion la plus humiliante concernant la femme dans la tradition arabo-musulmane : elle en devient une « *âoura* » c'est-à-dire un objet « honteux » comme la partie du corps que l'on ne montre pas. Il déclare en effet : « Ce qui empêche les femmes d'être



car les anges se situent à cet endroit et donc certains traditionalistes ont pieusement conservé les comportements du Prophète dans toutes les circonstances de sa vie. Ainsi on trouve un *hadith* rapporté par Ibn Umar sur la manière de manger : « Quand l'un de vous mange et quand il boit, il doit manger et boire avec sa main droite ».

Dans la plupart des cas, il s'agit d'une tradition qui mentionne la fornication des organes, comme l'œil, la langue, la bouche, les mains (Malek Chabel, 1995). Ailleurs, dans un *hadith*, Abû Hurayrah a rapporté que le Prophète aurait dit : « Est décrétée pour le fils d'Adam une part d'adultère qu'il commettra infailliblement et qu'il ne pourra éviter. L'adultère de l'œil est le regard (luxurieux), l'adultère de l'oreille est d'écouter (des paroles voluptueuses), l'adultère de la langue est la parole (licencieuse) ».

Ceci n'a nullement empêché d'autres commentateurs et exégèses, même salafistes, qui prônent une autre lecture du corps et du plaisir. Dans son livre *La revivification des sciences religieuses*, Ghazali (1058-1111), qui paradoxalement a réglementé l'usage du corps en relevant la « fornication de l'œil », pose le principe du plaisir comme base de la créativité et de la civilisation : « L'âme se lasse vite et a tendance à fuir le devoir parce que celui-ci est contraire à sa nature. Si on la contraignait à persévérer, à faire ce qui lui répugne, elle se cabrerait et se révolterait. Mais si, par moment, elle peut se délasser au moyen de quelques plaisirs, elle se fortifie et devient alerte au travail. Or, on trouve dans la compagnie familière des femmes ce délassement qui chasse la tristesse et repose le cœur. Il est désirable que les âmes pieuses se délassent au moyen de ce qui est religieusement permis ».

## Le corps quotidien : de l'ordre social à l'art de la ruse

Souvent les cérémonies de mariage, de circoncision ou de retour de pèlerinage de la Mecque sont couronnées de *zaghârid* appelé aussi « you-you » et malgré les interdits décrétés par les littéralistes, de voir, d'entendre ou de toucher les organes dits de fornication tels la langue et la voix, les « vous-vous » sont, comme « signes

élevés de l'esthétique vocale » féminine, de « stratégie séductionnelle » et érotique (Malek Chabel, 1988), exaltés, encouragés et recommandés tant par les adultes masculins que féminins.

L'exemple de *zaghârid* nous montre bien l'écart existant entre une théologie et une jurisprudence rigoriste et les pratiques quotidiennes vécues par les musulman(e)s.

Ceci n'indique pas que le vécu des musulmans soit exempt de tabou ou en opposition systématique et radicale avec les théories rigoristes.

Beaucoup de récits mythiques forgés dans l'univers de la religiosité, des contes, histoires de sorcellerie issues des traditions ancestrales et populaires décrivent aussi le corps humain vu sous l'angle de l'interdit, du blâmable.

L'usage et la représentation du corps dans le vécu des musulmans sont orientés, selon les lieux, les temps et les intérêts, dans des pratiques de stratagèmes allant de la conformité à l'ordre moral et social (les pratiques hygiéniques, les distanciations des corps de sexe opposé et étranger,...) jusqu'à l'art de la ruse (les danses érotiques thérapeutiques et mystiques, les formes de sorcellerie, de magie ou encore de séduction...).

Plusieurs pratiques rituelles font du corps ou de certains membres du corps les lieux symboliques de bien ou de mal, ceux-ci dans un rapport de force et d'articulation-inversion. Ainsi, dans la tradition maghrébine on protège le bébé par la « main de Fatma » (celle-ci est la fille du Prophète Mohamed) contre le « mauvais œil ».

Il s'agit bien des symboles d'identification dont la main est imprégnée, tant par leur potentiel magique que de protection.

Différentes traditions nous donnent des remèdes magiques pour se protéger du mauvais œil. Citons quelques exemples (David Rouach, 1990) :

- réciter quelque formule à vertu déprécatoire, par exemple la prière sur le prophète « *çalat ala nnabi* » ;
- opposer au mauvais œil un autre œil dont le regard neutralisera l'influence malfaisante du premier ;
- porter sur soi certains objets : verre, métal croissant, corne...

On trouvera aussi ce rapport antinomique de l'œil et de la main dans d'autres sociétés méditerranéennes comme en attestent les mythologies grecque, roumaine ou juive séfarde. Des formes inédites de ritualisation du corps se manifestent pendant les fêtes religieuses dans les Zaouia (lieux sanctuaires du marabout) qui « constituaient (et constituent encore par endroits) des moments où les valeurs rigides de la société se diluaient, accordant surtout à la femme maghrébine l'entière liberté de son corps dans les danses merveilleusement décrites dans les bains à ciel ouvert allant parfois jusqu'à un nudisme naturel devant l'homme qui perd en ces moments et lieux tout pouvoir de contrôle »<sup>17</sup>.

Tant d'éléments et d'indices qui nous montrent les ruses, les échappatoires et les lieux de la protection du corps et des cœurs, comme par exemple « les saintes prostituées » par charité, les Saints guérisseurs par attouchement, la libération totale du corps de la femme dans l'enceinte sacrée, le droit d'asile et de protection des « pécheresses »<sup>17</sup>.

D'autres mises en scène du corps de musulman(e) dans la vie quotidienne comportent des symboles et des rites riches, multiples et contradictoires. Ainsi les manifestations sont vécues dans des lieux sacrés au profanes : le hammam (humidité), la mosquée (prière), le cimetière (funérailles), ... Enfin, la mise en valeur de certaines parties du corps par le marquage, la mutilation ou le rite de passage selon qu'on est homme ou femme : la circoncision (tradition sémitique et non coranique), la barbe taillée et soignée, le « henné » (toilette et teinture de certaines parties du corps), la beauté de la chevelure, le fétichisme des fesses en balançant les hanches, etc.

Poser la question de la place et de la représentation du corps dans la société arabo-musulmane c'est finalement ouvrir un immense champ d'étude, car dans toutes les sociétés et les cultures le corps « est ce vecteur sémantique par l'intermédiaire duquel se construit l'évidence de la relation au monde : activités percep-

tives, mais aussi expression des sentiments, étiquettes des rites d'interaction, gestuelles et mimiques, mise en scène de l'apparence, jeux subtils de la séduction, techniques du corps, entretien physique, relation à la souffrance, à la douleur, etc. L'existence est d'abord corporelle »<sup>18</sup>. ●

(17) Largueche D. et Ab., Marginales en terre d'islam, Edo Cérés Production, Tunis, 1992, pp.73 et 74.

(18) Le Breton D., La sociologie du corps, Ed. PUF Coll, «Que sais-je» (2<sup>e</sup> édition), Paris, 1994, p.3.



# La plainte dans tous ses états : l'anthropologie en médecine familiale

*Une analyse de la manière dont nous écoutons les plaintes de nos patients issus de cultures différentes nous fait découvrir que cette plainte doit être abordée d'une façon plus nuancée, tenant compte des éléments personnels et culturels.*

*L'anthropologie médicale est une aide précieuse lors de toute consultation médicale. La métaphore que beaucoup de patients utilisent est une manière de communication qui peut mieux être mise à profit par le médecin dans le but d'améliorer le dialogue. L'universalité de la plainte est mise en question surtout en cas de dépression et des maladies fonctionnelles. La culture peut, selon qu'elle appréhende la réalité de façon plutôt subjective ou objective, engendrer différents types d'expression du vécu personnel redondant des patients. Tous ces éléments indiquent l'importance de l'apport de l'anthropologie médicale.*

Le texte complet de l'intervention de Louis Ferrant a déjà été publié dans *Santé conjugulée* n°7 « Patients sans frontières » p 24 en 1999. Disponible sur demande ou sur le site en version pdf : [www.maisonmedicale.org](http://www.maisonmedicale.org) dans l'onglet rubriques publication. ●

**Louis Ferrant,**  
médecin  
généraliste au  
centre de  
Cureghem et  
assistant à  
l'universiteit van  
Antwerpen.

Mots clés :  
plainte -  
anthropologie  
médicale -  
métaphore -  
culture.

# Quelques données épidémiologiques

**Myriam De Spiegelaere,**  
sociologue,  
directrice  
scientifique,  
Observatoire de  
la santé et du social de Bruxelles.

**Mots clés :**  
cultures et  
santé –  
épidémiologie.



*Des réponses chiffrées à la question : y a-t-il des différences de santé (et lesquelles) entre Belges et personnes immigrées. Les statistiques de mortalité et de morbidité comparées entre populations différentes montrent un certain nombre de paradoxes et apportent des éléments utiles mais sous-utilisés au niveau de la santé publique.*



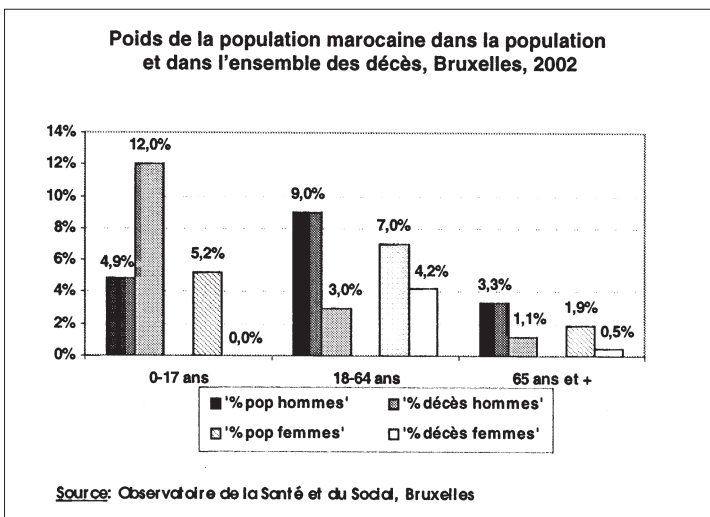
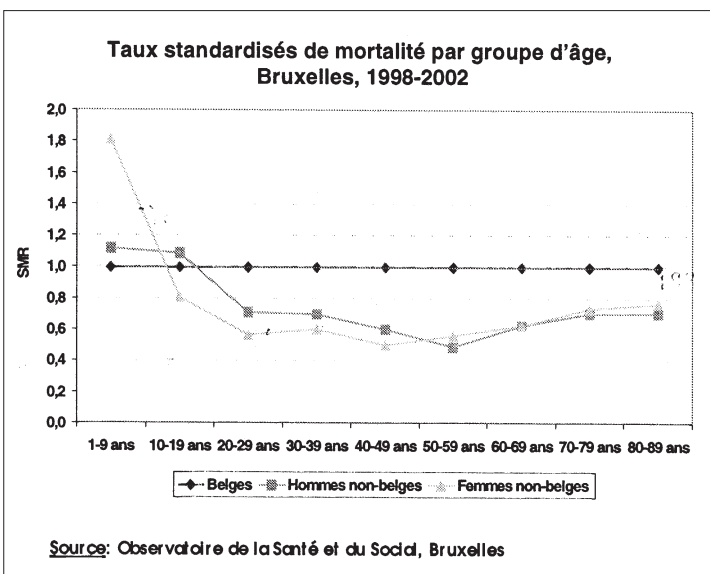
Le « paradoxe de la mortalité » : une population vivant dans des conditions socio-économiques précaires présente des taux de mortalité nettement plus faibles que la population autochtone. Ce paradoxe ne concerne que les adultes. Le graphique montre en effet une surmortalité des enfants et adolescents (masculins), puis un taux de mortalité beaucoup plus faible chez les Bruxellois de nationalité non belge (50 à 70 % de la mortalité des Belges). Un phénomène identique est observé aux États-Unis (avec une population hispanique), en Europe ou en Australie (avec une population d'origine grecque).

Si l'on ne considère que la population de nationalité marocaine, on constate que les moins de dix-huit ans représentent environ 5 % de la population mais 12 % des décès des garçons de moins de dix-huit ans concernant des jeunes Marocains, il y a donc une sur-représentation des jeunes marocains parmi les décès. Ce n'est pas le cas des filles.

Par contre la situation s'inverse tout à fait chez les adultes et les personnes âgées : par exemple entre dix-huit et vingt-quatre ans, les hommes marocains représentent 9 % de la population masculine bruxelloise mais seulement 3 % des décès.

Cette faible mortalité des immigrés d'origine méditerranéenne et du Maroc en particulier a été démontrée également en France. Pour expliquer ce phénomène on a invoqué trois pistes : la « sélection » liée à l'immigration (seuls les personnes en bonne santé immigrer, voir la convention de 64), la sélection du retour (les personnes immigrées en mauvaise santé retourneraient plutôt dans le pays d'origine) et enfin des facteurs culturels ou de comportements (alimentation, consommation d'alcool, ...).

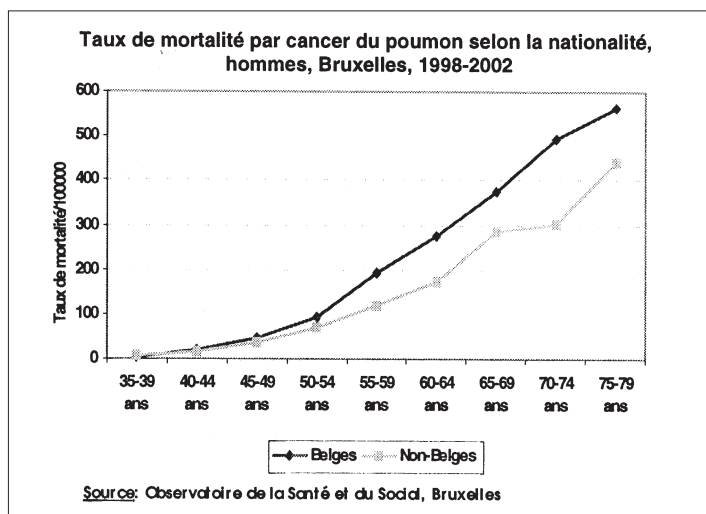
Le cancer du poumon est la principale cause de mortalité prématurée chez les hommes en Belgique. On constate ici que les taux de mortalité par cancer du poumon sont plus faibles chez les hommes non-belges. La différence se marque surtout après cinquante-cinq ans. Pourtant, on note dans les enquêtes que la proportion de fumeurs quotidiens est identique chez les Belges et les non-Belges. La proportion de personnes ayant été fumeuses au cours de leur vie est un peu plus faible chez les non-Belges non européens (47 %), que chez les



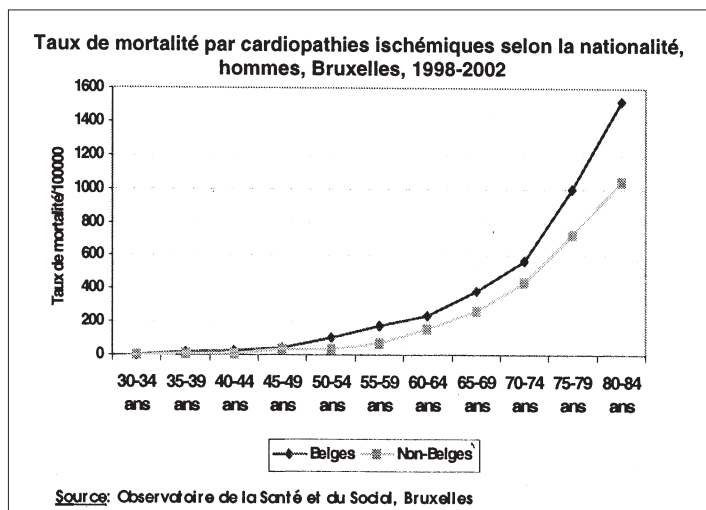




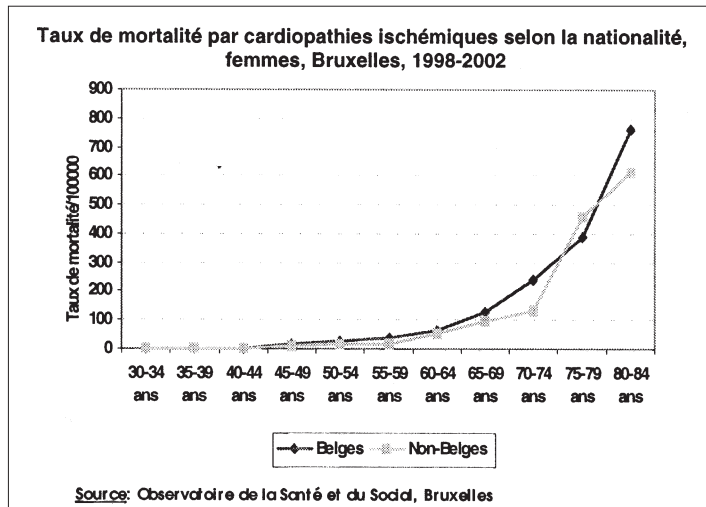
Belges (64 %) et l'âge moyen du début du tabagisme est plus précoce chez les Belges (dix-huit ans) que chez les non-Belges (vingt ans). Peut-être s'agit-il d'un effet de cohorte (il faut de nombreuses années pour qu'apparaisse l'effet du tabagisme).



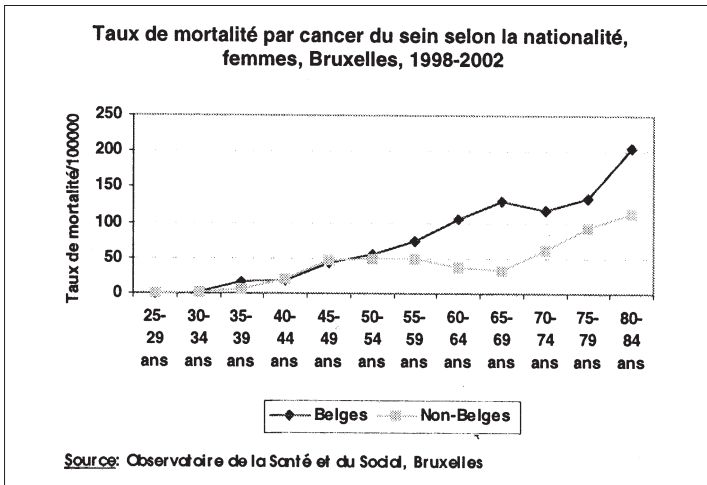
La deuxième cause de mortalité prématurée chez l'homme est constituée par les maladies ischémiques du cœur. Ici aussi on note des taux de mortalité nettement plus faibles chez les hommes non-belges, particulièrement après soixante-cinq ans.



Par contre les femmes non-belges ne bénéficient pas d'un tel avantage.

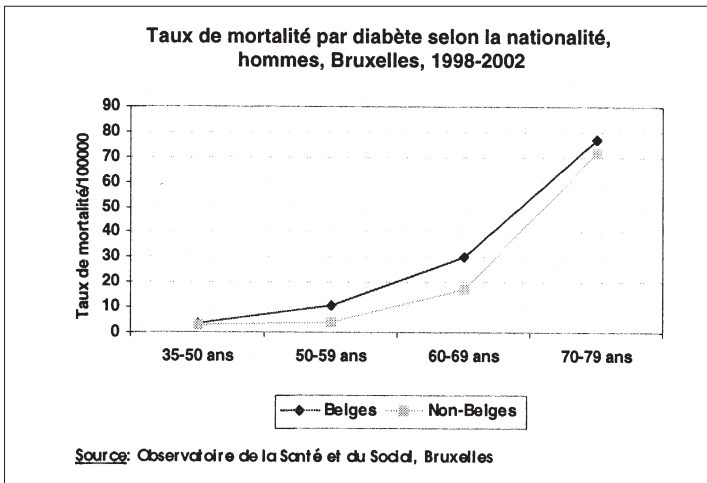


Quelques données épidémiologiques



Chez les femmes en Belgique, la première cause de décès prématuré est le cancer du sein. On note de sensibles différences entre femmes belges et non belges. Celles-ci ont des taux de mortalité environ deux fois moindres.

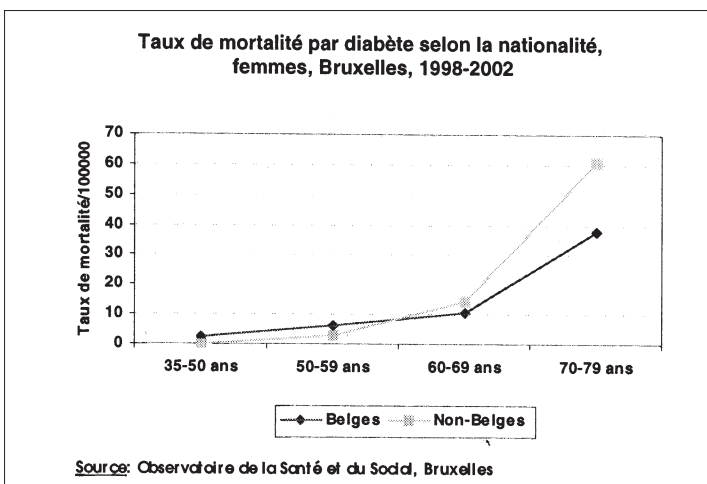
Il est cependant important de noter que cela ne concerne pas les cancers du sein chez les femmes de moins de cinquante-cinq ans. Il faudra donc suivre attentivement l'évolution et sensibiliser les femmes issues de l'immigration au dépistage systématique qui peut paraître moins utile pour les femmes de la première génération, moins concernées par ce cancer.



Le diabète n'est pas une cause fréquente de décès mais je présente malgré tout ce graphique parce qu'on se pose la question de savoir si le diabète est plus fréquent chez les personnes issues de l'immigration. En terme de mortalité ce n'est pas le cas chez les hommes.

Par contre pour les femmes, les taux de mortalité par diabète sont supérieurs chez les femmes non-belges dès la soixantaine.

On ne peut en déduire que le diabète est plus fréquent (même si c'est une hypothèse qu'il faudrait vérifier), il pourrait s'agir de diabètes diagnostiqués plus tardivement et donc avec des complications plus graves. L'enquête de santé de 2001 montrait que la proportion de personnes qui avaient été dépistées pour un diabète (glycémie) au cours des deux dernières années était significativement inférieure chez les immigrés non européens que chez les Belges.

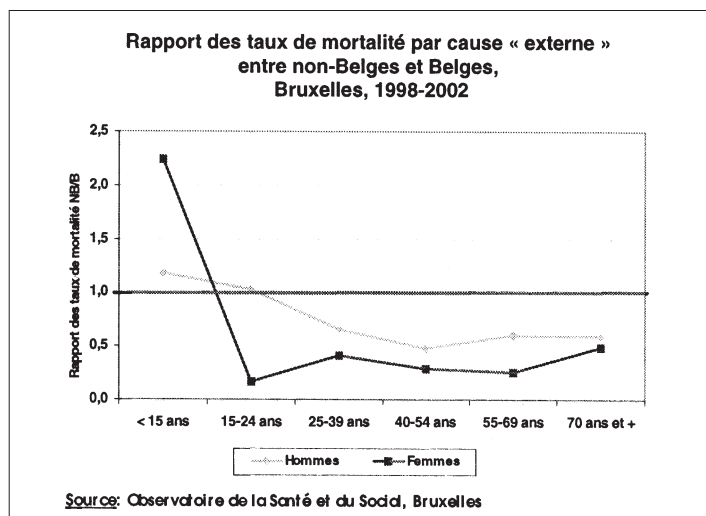




On appelle « cause externes » toutes les causes de décès « non naturelles » : accidents, suicides, homicides.

Le risque de décéder de cause non naturelle est plus élevée pour les enfants non belges que pour les Belges. Pour les adolescents le risque est identique pour les garçons et beaucoup plus faible pour les filles.

Ce sont essentiellement les accidents qui sont plus fréquents chez les enfants non-belges. Les suicides sont deux à trois fois plus faibles dans la population immigrée que chez les Belges. Par contre les homicides sont plus fréquents chez les non-Belges jusqu'à soixante ans.

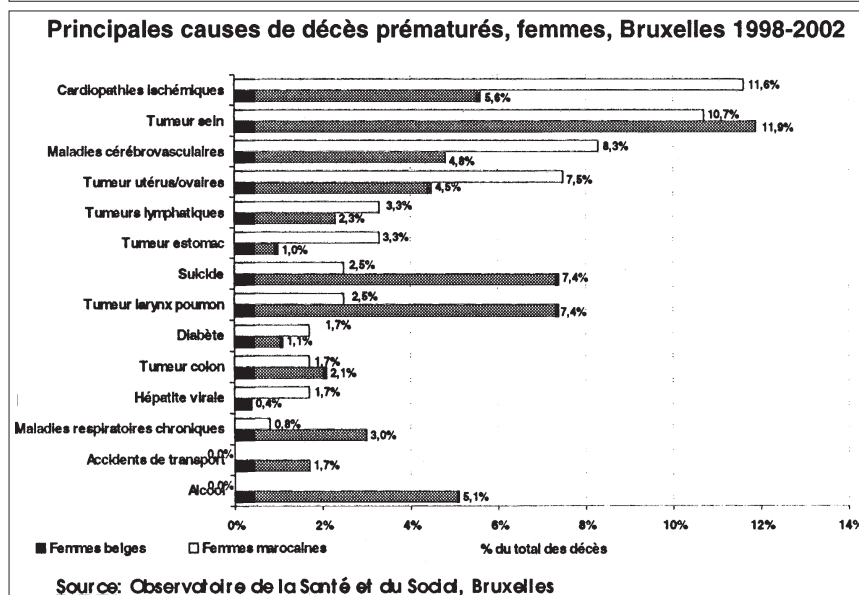
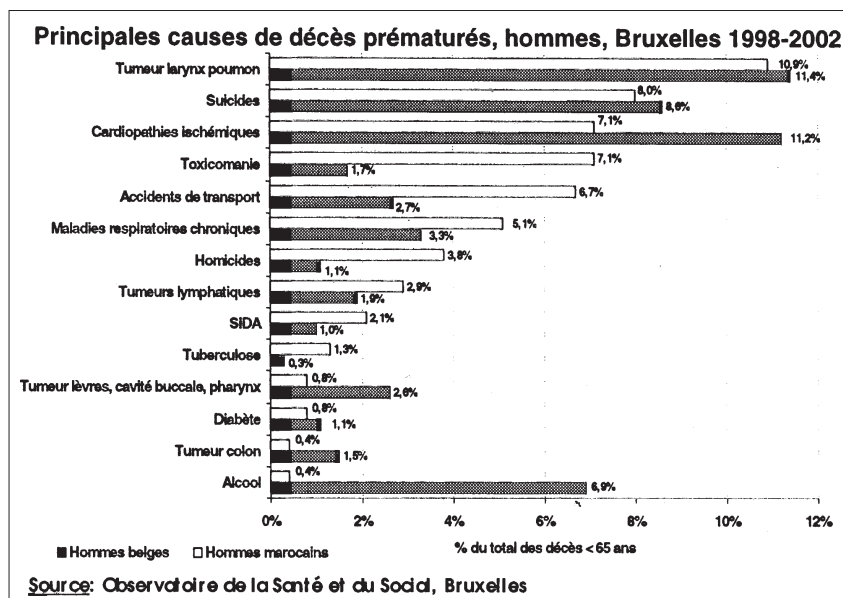


On a vu que les taux de mortalité (donc les risques de décès) sont plus faibles chez les immigrés que chez les Belges.

Nous allons maintenant brièvement examiner quelles sont les principales causes de décès dans la population marocaine masculine de Bruxelles.

En foncé, les principales causes de décès prématurés dans la population belge : par ordre décroissant, on a le cancer du poumon, les cardiopathies ischémiques, les suicides et les décès liés directement à l'alcool (cirrhose et intoxications aiguës).

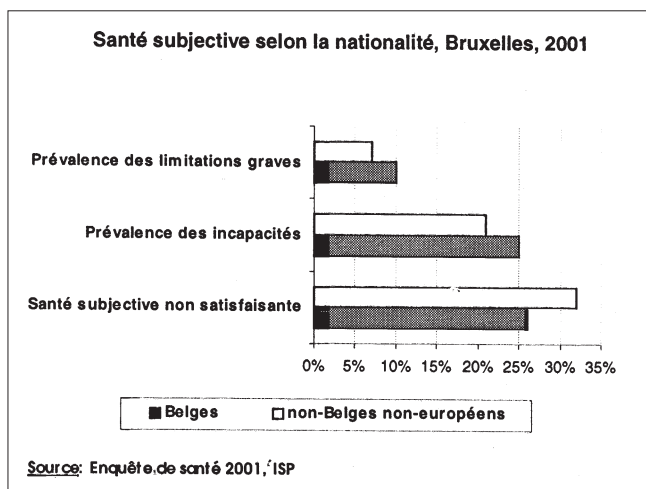
Dans la population marocaine, la principale cause est le cancer du poumon, suivie par le suicide, les cardiopathies ischémiques, la toxicomanie et les accidents de transport.



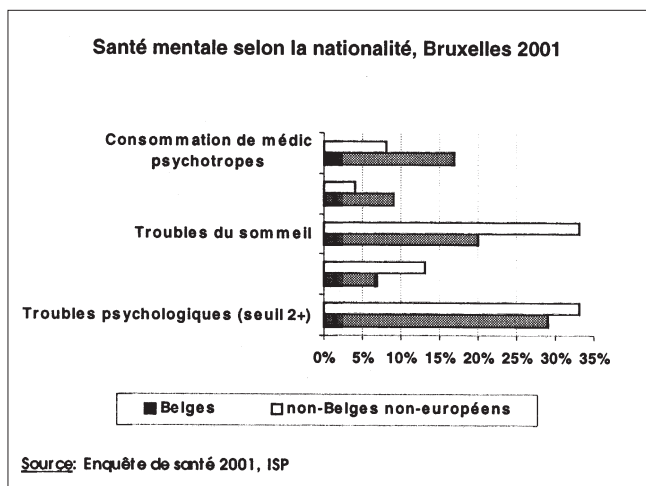
Quelques données épidémiologiques

femmes de nationalité non-européenne bénéficient moins de ce dépistage (40 % seulement ont eu un frottis au cours des trois dernières années pour 60 % des Belges)

Il faut se rappeler qu'il ne s'agit pas ici de taux de mortalité mais uniquement de la part relative des décès prématurés qui sont nettement moins nombreux chez les femmes marocaines que chez les Belges.



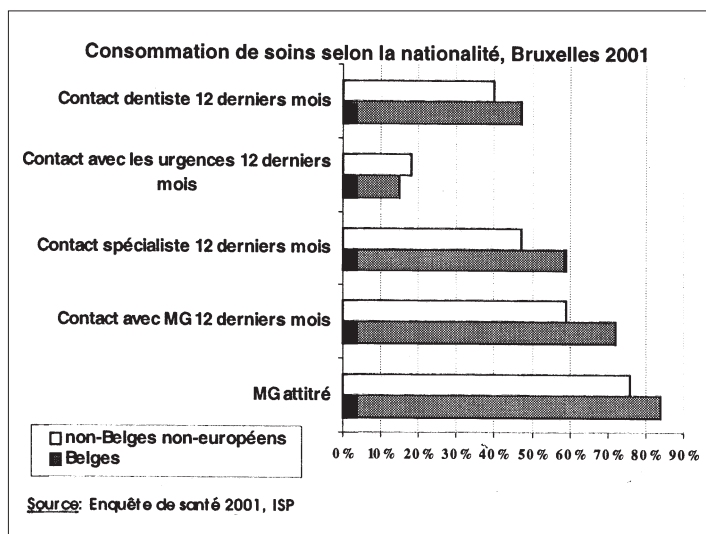
En terme de morbidité, on dispose de nettement moins de données. Dans l'enquête de santé de 2001, on note parmi la population bruxelloise de nationalité non européenne une plus grande proportion de personnes qui s'estime en mauvaise santé (significative même après ajustement pour l'âge et le sexe). La proportion de personnes qui présentent des incapacités ou des limitations graves dans la vie quotidienne est légèrement moins élevée dans la population non européenne (non significatif après ajustement).



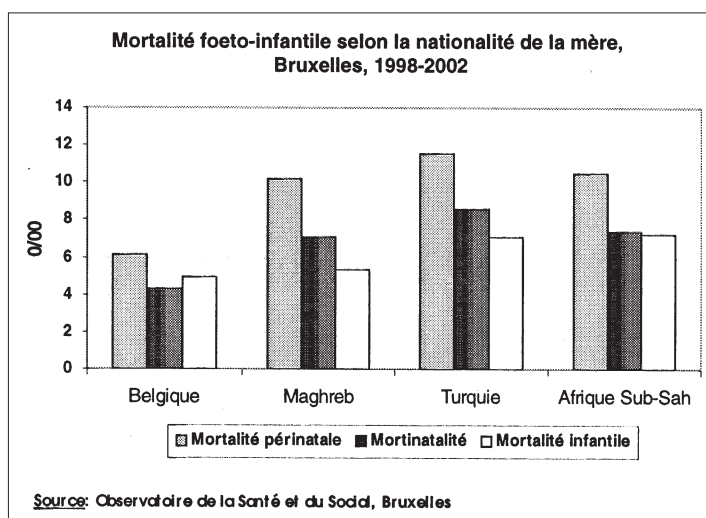
En ce qui concerne la santé mentale, les personnes de nationalité non européenne se disent moins souvent atteintes de dépression et consomment moins de médicaments psychotropes. Par contre, elles signalent plus souvent des troubles psychosomatiques et des troubles du sommeil (33 %).



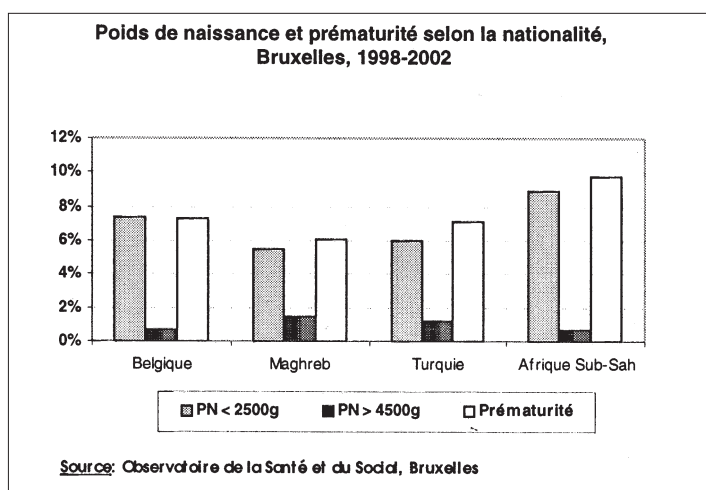
En terme de recours aux soins, on constate que les personnes de nationalité non européenne ont moins souvent un médecin généraliste attiré et de manière générale moins de contacts avec le corps médical mais une fréquence un peu plus élevée de recours aux services d'urgence des hôpitaux.



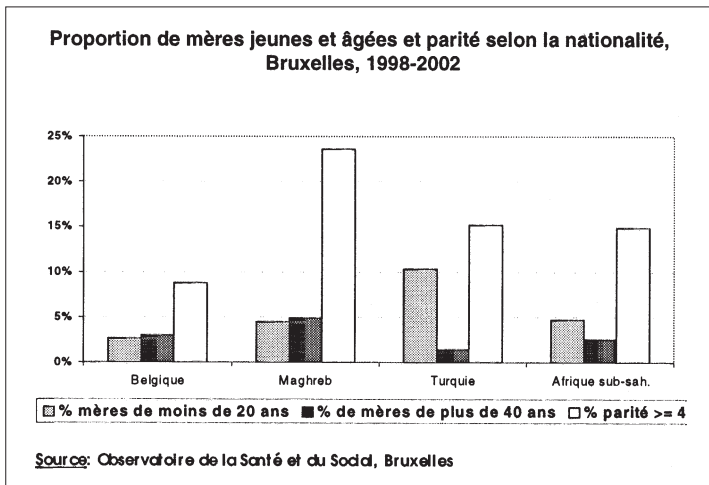
Malgré le fait que la journée s'intéresse surtout à la santé des personnes qui sont arrivées en Belgique il y a quarante ans, je souhaitais vous dire quelques mots concernant la périnatalité. En effet, on constate (et ce n'est pas nouveau) que la mortalité périnatale (les morts-nés et les décès au cours du premier mois de vie) est plus élevée pour les enfants dont la maman est de nationalité marocaine que chez les enfants de mère belge (taux encore plus élevés chez les enfants de mère turque). Par contre la mortalité infantile (jusqu'à l'âge d'un an) n'est pas plus élevée chez ces enfants. Pourquoi ?



Ce n'est pas lié à des taux plus élevés de prématurité ou d'enfants de petit poids de naissance (comme c'est le cas pour les enfants originaires d'Afrique Subsaharienne), au contraire, ces taux sont nettement plus faibles. On note une proportion plus importante de très gros bébés ( $\geq 4$  kg 500) mais ces enfants n'ont pas de risque de décès plus important.



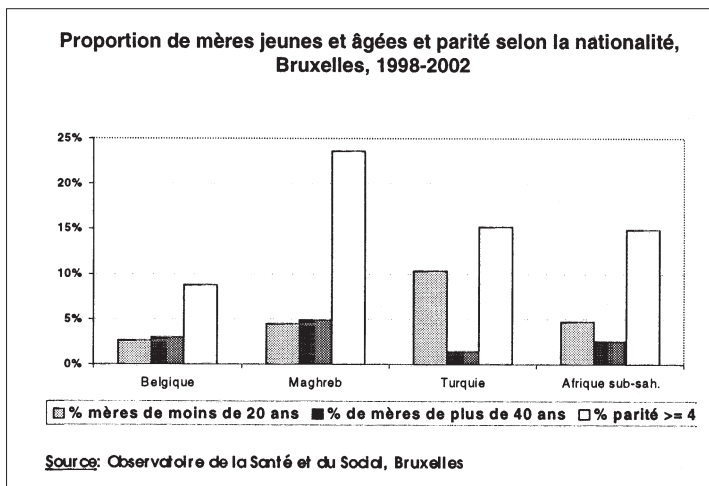
Quelques données épidémiologiques



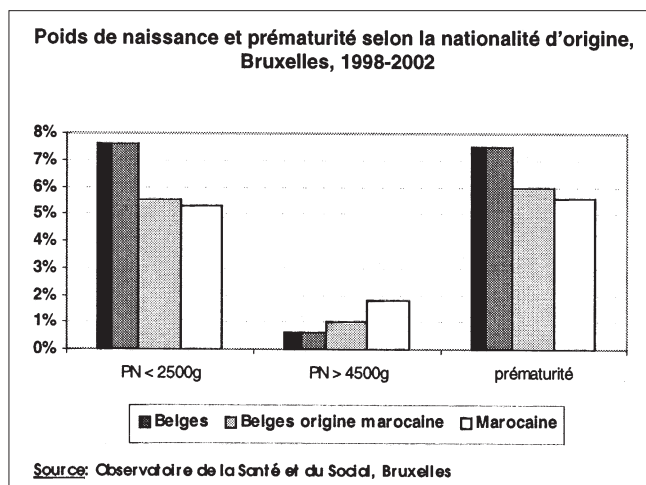
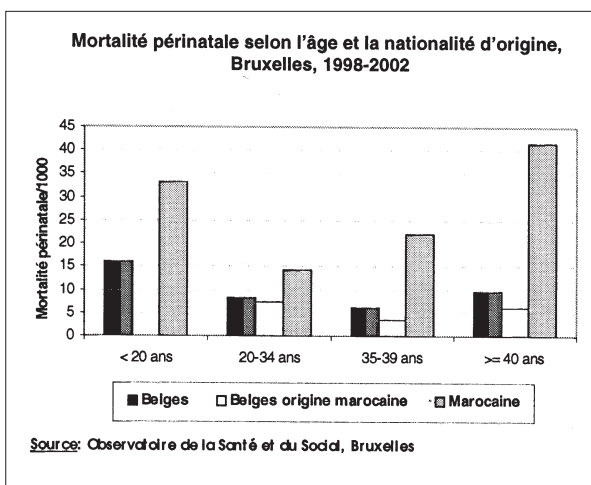
Cette surmortalité pourrait être liée à une proportion plus importante de mamans très jeunes ou de mamans âgées ou ayant de nombreux enfants. Si les mamans de nationalité marocaines sont beaucoup plus souvent de grandes multipares, on constate que la surmortalité périnatale reste présente après contrôle pour l'âge et la parité.

Elle reste également présente (bien qu'un peu réduite) après contrôle pour le niveau socio-économique.

On reste donc actuellement sans réponse à ce pourquoi ? Facteurs liés à l'accès aux soins, au mode de recours aux soins, au suivi de la grossesse, à d'autres facteurs culturels ?



De nombreuses mamans d'origine marocaine sont maintenant de nationalité belge. On constate que la mortalité périnatale est légèrement inférieure chez ces mamans par rapport aux « belges de souches ». Par contre, et nous restons avec notre question du pourquoi, la mortalité périnatale est particulièrement élevée chez les enfants des mamans de nationalité marocaine, particulièrement aux âges extrêmes.





# Importance et limites du « culturel »

## L'animation santé en milieu interculturel

*Marianne Flament,  
Cultures et Santé - Promosanté asbl*

### AXE DE TERRAIN

- Animations-santé
  - d'adultes
    - Groupes « d'accueil »
    - Groupes en insertion socioprofessionnelle
  - d'enfants

### • Travail communautaire

### AXE DES RELAIS

- Publications
- Formations
- Centre de documentation et de prêt de matériel didactique

Cultures et Santé - Promosanté poursuit depuis plus de vingt ans des objectifs de promotion de la santé auprès de publics défavorisés. L'outil principal utilisé est l'animation-santé. Nous développons aussi dans le quartier de la Senne une action de type communautaire.

Une majorité de participants est de sexe féminin. Nous pouvons distinguer deux grandes sortes de groupes : les groupes en insertion socioprofessionnelle, et les groupes que nous appellerons groupes d'accueil, constitués dans des maisons de quartier, centres d'alphabétisation, maisons médicales, baby-kots, écoles primaires, maisons d'accueil, etc.

La motivation et la préoccupation des personnes pour les sujets de santé (globale) sont omniprésentes. Nous nous basons le plus possible sur les besoins exprimés par le groupe lui-même, et cherchons à utiliser toutes ses ressources ; nous privilégions les séries d'animations plutôt que les animations ponctuelles.

Nos animateurs font une série de constatations à l'occasion de ce travail de terrain ; il ne s'agit pas de statistiques et encore moins de stéréotypes, mais simplement de certaines représentations qualitatives.

Les préoccupations les plus fréquentes des

femmes touchent à la gynécologie, l'obstétrique, les soins aux tout petits et l'éducation de l'enfant. Ensuite vient le mal-être psychique ; enfin, l'alimentation. Les animations de découverte du corps et de son fonctionnement sont aussi toujours accueillies avec intérêt.

Pour ce qui touche à la reproduction humaine et aux soins aux enfants, le groupe montre souvent de nombreuses connaissances et aptitudes, mais aussi beaucoup de croyances, qui peuvent éventuellement nuire à la promotion de la santé. Nous les traitons de façon positive, c'est-à-dire sans les heurter de front, et en les utilisant dans un but pédagogique. Pour l'éducation des enfants, les grandes questions qui reviennent régulièrement sont :

- comment donner des limites aux enfants ? Comment dire non ?
- comment arriver à élever ses enfants si le père ne s'implique pas plus ?

Dans la communauté d'origine arabo-musulmane, ces deux questions paraissent souvent posées sur un fond d'ambivalence. Cette constatation nous incite à bien réfléchir à la façon dont nous transmettons nos messages aux mères, et aussi à la raison qui nous pousse à transmettre tel ou tel message... d'autant plus que ces problématiques ne sont pas sans se poser aussi dans les populations d'origine occidentale !

Le mal-être est souvent évoqué de façon indirecte, via l'évocation de symptômes tels que le mal de tête, ou les discussions sur les habitudes alimentaires comme la boulimie. Le mal du pays, les difficultés d'existence, l'exiguïté des logements, la tristesse de certains quartiers, l'isolement, et parfois les conséquences d'un contrôle social intra-communautaire pesant en sont des causes fréquentes.

L'alimentation est un sujet d'intérêt, pour bien nourrir les enfants mais aussi souvent dans l'idée de maigrir ; le « modèle » mythique de la femme occidentale mince et blonde suscite l'envie, mais l'embonpoint est souvent vécu sur un mode fataliste ; il n'est pas rare que la nourriture traditionnelle soit vue comme « mauvaise, néfaste » ; ceci ne sont que des facettes de l'auto-dépréciation de ces femmes, fréquente de l'avis des animateurs. A travers des activités de type communautaire, on constate cependant

*Présentation de  
Marianne  
Flament,  
Dominique  
Vossen, Zohra  
Chbaral.  
Animation et  
notes du débat :  
Nadège  
Stradiottot.*

*Personnes  
ressource : Ali  
Aouattah,  
Nazira El  
Maaoufik, et  
d'autres...*

**Mots clés :**  
cultures et  
santé

un grand intérêt pour les découvertes, les apprentissages, les activités corporelles telles que la gymnastique.

L'espace de parole offert par l'animation ou l'activité-prétexte offrent une possibilité de contact social qui est en lui-même facteur de bien-être. Parfois, l'animateur-santé poursuit comme seul objectif, la mise en confiance et l'expression verbale de chacun.

Nous sommes particulièrement frappés par l'importance de la parole dans des groupes en situation très précaire, comme ceux réunissant des personnes en séjour illégal. Alors que leurs besoins les plus vitaux ne sont pas assurés, ces personnes expriment combien il leur est précieux d'avoir un espace où elles peuvent parler de leur vie et de leurs problèmes...

Ces expériences de terrain nourrissent la réflexion et l'expertise de notre association, lesquelles sont finalement renvoyées vers les relais de santé à travers nos publications et nos formations. Nous prévoyons d'organiser de nouveaux cycles de formation l'année académique prochaine ; les informations peuvent être obtenues sur notre site. Le Centre de documentation, ouvert tous les jeudis et vendredis de 10 à 16h, contient plusieurs milliers de références sur les sujets reliant la santé avec la culture et/ou la précarité. Il participe à plusieurs réseaux de banques de données relatifs à la promotion de la santé. On y loue également du matériel didactique. ●

Site : <http://www.cultures-promosante.be/>

## La médiation interculturelle en milieu hospitalier

Zohra Chbaral, sociologue,  
Cellule médiation interculturelle,  
Service public fédéral – Santé publique,  
Sécurité de la chaîne alimentaire et  
environnement.

C'est à l'initiative des pouvoirs publics que la médiation interculturelle fut introduite dans les hôpitaux.

Avec la publication en 1990 du rapport du Commissariat royal à la politique des immigrés, une approche en termes de santé publique de la population issue de l'immigration est rendue possible. En effet, les auteurs du rapport, se basant sur la littérature dans ce domaine, ont identifié un certain nombre d'éléments posant problème dans « l'application des soins de santé aux immigrés » parmi lesquels « la connaissance de la culture du client (patient), les aptitudes à la communication<sup>1</sup>, tout en mettant l'accent sur la nécessité de faciliter l'accès aux soins de santé aux immigrés. Une des recommandations formulées dans ce rapport visait l'amélioration de la communication entre soignants et patients immigrés. Pour ce faire, il est proposé de former des personnes d'origine étrangère pour assumer le rôle d'« assistants interculturels ».

Les missions que ces derniers devaient effectuer concernaient l'interprétariat, l'information du personnel soignant quant à la culture des patients, l'information de ces derniers sur le fonctionnement du système des soins ainsi que l'éducation à la santé, etc. La langue, le statut socioéconomique, les croyances et les pratiques culturelles constituent d'importantes barrières à l'accès aux soins et à leur qualité.

Il faut souligner que la première expérience d'interprétariat en milieu médical date des années 1970 à l'initiative du CPAS d'Anvers. A Bruxelles, un projet de « Formation d'interprètes en milieu médico-social » (FIMMS) a été mis en place, en 1986, à l'instigation de travailleurs sociaux. Ce projet financé par la Communauté française fut arrêté un an plus tard vu l'absence de perspectives d'emploi pour les interprètes formés.

(1) Commissariat royal à la politique des immigrés, Pour une cohabitation harmonieuse, Vol. III : données et argumentaires, mai 1990, p. 776.





Avec le soutien des pouvoirs publics, plusieurs initiatives se sont développées dans ce domaine. En 1991, et à l'initiative du Gouvernement fédéral, le Fonds d'impulsion à la politique des immigrés (FIPI) fut créé afin de financer des projets dans le cadre de la politique d'intégration des populations immigrées. C'est dans le cadre des subventions par le Fonds d'impulsion à la politique des immigrés que la Communauté française avait désigné l'asbl Cultures et Santé pour mettre sur pieds dans la région de Bruxelles-Capitale un réseau d'interprètes sociales et médicales. Ce projet repris par l'asbl Interprétariat social et médical (ISM) a démarré en mai 1992. Dans le cadre de ce projet, des femmes issues de l'immigration étaient formées et accompagnées par Interprétariat social et médical.

En Flandre, le *Centrum etnische minderheden en gezondheid* (Centre minorités ethniques et santé) un groupe interdisciplinaire formé de médecins, sociologues, anthropologues, et qui a orienté ses travaux vers la santé et les minorités ethniques, met sur pieds le projet de *Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg* (Médiateurs interculturels en soins de santé) rattaché au Centre régional d'intégration flamand (VCIM). Ce projet financé par quatre Ministères (ministère communautaire de la Santé publique, de l'Enseignement, de l'Emploi, du Bien-être de la Famille) débuta en juin 1991. En 1992, les médiatrices néerlandophones bruxelloises du Foyer furent associées à la formation dispensée par le Centre régional d'intégration flamand.

En 1996, le Centre pour l'égalité des chances constituait un groupe de travail pour mener une réflexion sur la médiation interculturelle dans le secteur de soins de santé. Les propositions formulées par ce groupe ont été transmises à la conférence interministérielle à la Politique de l'immigration de la même année. Une des propositions concernait le financement structurel de l'activité de médiation interculturelle en incluant ce financement dans le prix de journée d'hospitalisation.

Suite à la Conférence interministérielle, et sous la responsabilité de la ministre des Affaires sociales Magda De Galan et du ministre de la Santé publique Marcel Colla, une expérience

de « Médiation interculturelle dans les hôpitaux », financée par le Fonds d'impulsion à la politique des immigrés, s'est déroulée de février 1997 à décembre 1998. Une cellule d'accompagnement et de coordination du projet, rattachée au service « Qualité des soins » du ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, fut créée pour contribuer à la réalisation et à l'évaluation de ce projet. Plusieurs hôpitaux ont participé à l'expérience pilote, ainsi que différentes associations. A la suite de cette expérience, une réglementation concernant l'octroi d'un subside aux hôpitaux ayant manifesté leur volonté d'engager un médiateur/une médiatrice interculturel(elle) fut mise en place. Cette réglementation consistait en le financement de la médiation interculturelle en l'incluant dans le prix de journée d'hospitalisation.

#### ● Cadre légal

Le financement de la médiation interculturelle est fixé par arrêté royal dans le cadre de la sous-



partie B8 du montant de la journée d'entretien ; le premier date de février 1999. Au départ, seuls les hôpitaux généraux ayant demandé sur une base volontaire l'engagement d'un médiateur interculturel avaient accès au financement. L'arrêté ministériel publié le 6 février 2001 permettait aux hôpitaux psychiatriques de bénéficier également du financement d'un médiateur interculturel.

L'arrêté royal stipule que le financement du médiateur /de la médiatrice interculturel(elle) est instauré « *en vue de prendre en compte les problèmes spécifiques de langues et les caractéristiques culturelles des patients hospitalisés* ». Il fixe également les conditions auxquelles doit répondre la personne qui désire exercer la fonction de médiateur interculturel, parmi lesquelles, outre les compétences linguistiques dans l'une des langues nationales, le médiateur interculturel doit également maîtriser l'une des langues des groupes cibles. Les groupes cibles sont les « *différents groupes allophones de statut socio-économique peu élevé et se trouvant dans une position défavorisée* ». Soulignons le fait que l'arrêté royal datant de mai 2002 intégra pour la première fois la langue des signes permettant ainsi aux malentendants de bénéficier, en tant que groupe cible, de la médiation interculturelle. Il faut rappeler que dans ce contexte, la surdité n'est pas considérée comme un handicap, mais plutôt comme une culture différente.

Dans le même cadre, il est important de renvoyer au texte de loi concernant les droits du patient qui a été annoncé par la ministre M. Alvoet lors de la journée d'études organisée en juin 2001 par la Cellule médiation interculturelle. Selon la ministre « *les informations doivent être données dans un langage compréhensible et que pour ce faire, le médecin doit tenir compte du patient. Ceci a naturellement pour conséquence que – lorsqu'il est question de barrière linguistique - il faut faire appel à un interprète ou à un médiateur interculturel* ». En effet, la volonté de garantir aux patients le respect de leurs droits a débouché sur la loi relative aux droits du patient. Cette loi, adoptée par le Parlement le 20 juillet 2002, est rentrée en application le 6 octobre 2002.

L'article 5 stipule que chaque patient a droit à la prestation de soins de santé de bonne qualité, et que ce droit implique aussi que les valeurs culturelles et morales et les convictions philosophiques et religieuses des patients doivent en tout temps être respectées.

L'article 7 stipule que l'information doit être donnée au patient dans un langage clair et compréhensible.

L'accès aux soins ne se réduit pas à l'absence de barrières financières. Les effets négatifs des barrières linguistiques sur l'accès aux soins et à leur qualité ont été suffisamment démontrés par plusieurs études qui ont mis en exergue les conséquences des barrières linguistiques sur l'état de santé, sur le diagnostic et les traitements, l'utilisation des services et le recours davantage aux services de spécialistes, à l'augmentation de risques d'hospitalisation, mais aussi un accès fort réduit aux services de santé mentale.

### ● Les objectifs de la médiation interculturelle

Une consultation médicale est un enchaînement successif d'étapes : définition du problème, interrogatoire, examen, diagnostic, prescription. Les obstacles à la communication avec les prestataires de soins engendrent, entre autres, les risques de diagnostics erronés et de traitements inefficaces. Afin de surmonter le déficit linguistique qui peut déboucher sur des conséquences négatives, l'intervention d'un médiateur interculturel devient nécessaire. Le médiateur aide à rétablir la communication dans la mesure où communiquer dans une interaction suppose l'existence d'un code commun aux interlocuteurs.

Les objectifs de la médiation interculturelle consistent donc à :

- lever les barrières linguistiques et culturelles qui entravent l'accès aux soins ;
- favoriser l'accès à des soins de qualité par le biais de l'amélioration de la communication et de la relation entre soignant et patient ;
- améliorer l'accueil du patient étranger ou d'origine étrangère au sein de l'hôpital.



### ● Les pratiques de médiation interculturelle dans les hôpitaux

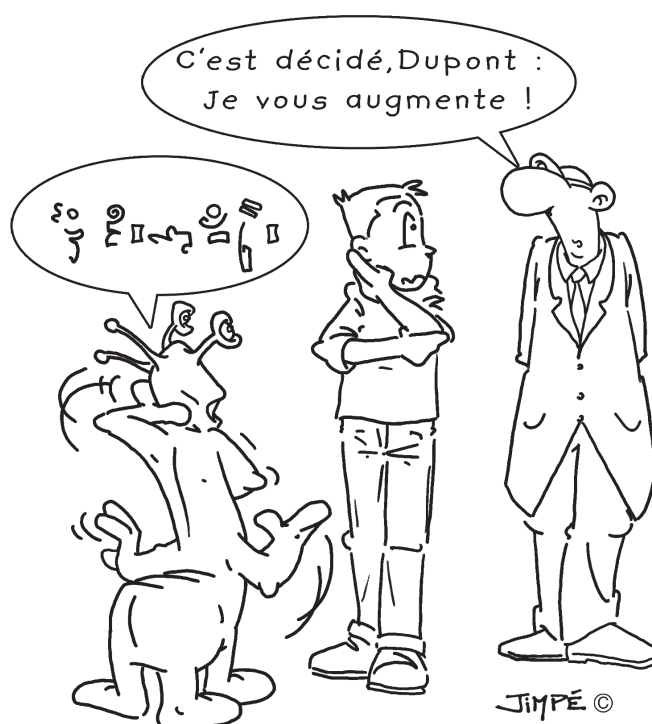
La médiation interculturelle est un dispositif qui vise la création d'une nouvelle dynamique au sein de l'hôpital. Porteuse de réels changements, la médiation interculturelle favorise la connaissance et la compréhension du cadre de référence et des valeurs de l'autre, elle est au cœur du processus d'humanisation de l'hôpital, et ce, à travers la restauration des liens par la négociation des différences et l'explication des particularités culturelles dans une perspective compréhensive. On l'a compris, la médiation interculturelle renvoie à un ensemble de pratiques et répond à de nouveaux besoins liés à la diversité culturelle et linguistique des populations en utilisant une approche nouvelle. Le médiateur interculturel est un facilitateur de la relation, de la communication. Il ne peut se substituer ni au soignant ni au patient. Il est le tiers qui crée ou recrée le lien, qui permet l'échange, la rencontre avec l'autre.

Les activités du médiateur interculturel se situent tant en hospitalisation qu'en consultation ou aux urgences. Ce travail est effectué généralement à la demande du personnel : médecins, infirmiers, paramédicaux, personnel administratif, etc. ou à la demande du patient ou de sa famille.

Nous avons constaté une diversité de pratiques en ce qui concerne l'organisation du service de médiation interculturelle d'un hôpital à l'autre. Si dans un tel hôpital la médiation interculturelle est rattachée au service « Accueil du patient », dans un autre, elle dépend directement de la direction, du service social, du département infirmier ou du département nursing et paramédicaux.

### ● Modèle d'intervention

L'enquête quantitative nous permet, chiffres à l'appui, de mettre en lumière, l'ampleur des demandes. Selon la dernière enquête organisée par le Service public fédéral - Santé publique en mars 2003, le nombre d'interventions effectuées par les médiateurs interculturels dans les hôpitaux s'élève à environ soixante mille.



Le modèle d'intervention que nous préconisons est le modèle triadique ; c'est-à-dire : médiateur, soignant, patient, le pourcentage pour ce type d'intervention s'élève à 60 %, et est en augmentation constante. ●

Voir *Médiation interculturelle* sur le site web du Service public fédéral – Santé publique : <http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/thema/intercult/index.htm>.

---

## L'avis d'un soignant

*Dominique Vossen, psychiatre*

Quand j'étais généraliste, je voyais tous les jours des patients avec des maux de tête, des maux de ventre et des maux de dos qui ne guérissaient jamais malgré les montagnes de médicaments qu'ils prenaient. Un jour, je reçois Fatma, une jeune marocaine. Son état m'inquiète et je programme un rendez-vous à l'hôpital. Le jour venu, pas de Fatma : elle est partie voir un guérisseur au Maroc. A son retour, elle me demande... un certificat médical pour couvrir son absence ! Peu après, elle fait une pneumonie, je l'emmène à l'hôpital où on veut la prendre aux soins intensifs. Mais elle exige de rentrer à la maison. Un médecin kabyle de l'hôpital téléphone à son père (peu d'immigrés avaient le téléphone à l'époque, mais le père, commerçant, en avait un au magasin). Fatma peut rester à l'hôpital : on diagnostiquera un diabète juvénile décompensé, potentiellement mortel. Depuis, elle se pique à l'insuline mais a encore mal au dos, au ventre, à la tête, il y a autre chose, il faut chercher ailleurs, du côté « psy » ?

Ce genre d'expérience m'a appris deux choses. La première est qu'il faut prendre les gens comme ils sont, avec leur culture, qu'ils viennent de l'autre côté de la Méditerranée ou de la Wallonie, travailleurs obligés de s'expatrier. La seconde m'a permis de prendre conscience que travailler avec d'autres cultures nous renvoie à notre propre culture (fut-elle la culture médicale : comment ne pas relativiser quand on réalise que dans certaines pathologies, l'efficacité de la morphine est de 66 % et celle de l'eau distillée de 56 % ?).

Quand il se sent mal dans sa peau, le patient occidental parlera de dépression, un concept qui est en fait très récent dans l'histoire des maladies mentales et qui renvoie surtout à la possibilité de la traiter avec des antidépresseurs, avec des médicaments « qui marchent tout de suite ». C'est notre manière de « classer » les problèmes, qui ne cadre pas forcément avec les souffrances des patients venus d'ailleurs. Ne faudrait-il pas un autre mot pour dire leur manque de joie, le mal-être, le « mal dans sa

peau », les larmes, le « je mange parce que je m'ennuie » ? Peut-on avoir une représentation positive de la dépression ?

Outre la distance culturelle, la distance sociale et économique n'est pas à négliger. On ne va pas chez le médecin de la même façon en Ardennes qu'à Bruxelles, le rapport à la santé diffère selon que l'on soit médecin ou ouvrier, les problématiques de l'éducation des enfants ne sont pas les mêmes dans les populations non scolarisées...

Tout ceci nous ramène au rôle essentiel de médiation interculturelle. Les médiateurs doivent avoir à la fois une compétence linguistique et culturelle ; savoir lire et écrire et subir une formation spécifique. Ils seront des interprètes mais aussi des « autres oreilles », capables de prendre le patient dans sa globalité avec son vécu et sa famille. ●



## Pistes de réflexions des participants de l'atelier

*Note prises lors du débat  
par Nadège Stradiottot.*

Au cours du débat qui suivra les exposés, un soignant de César de Paepe racontera le travail d'une médiatrice confrontée à la plainte d'une mère qui déplorait que son mari ne voulait éduquer et nourrir que ses garçons et non ses filles. Elle put développer une optique optimiste en amenant le mari à aider son épouse à éduquer ses enfants.

Une intervenante des Marolles rapportera que le terme médiation était vécu par les patients comme une intervention dans la gestion des conflits, tandis que celui d'interprétariat éveillait l'image d'une cabine de traduction. Finalement, les deux images convergent si on voit le médiateur comme celui qui amplifie la communication.

Le rôle des « experts » fut questionné. Aux Pissenlits, les experts invités pour aider un groupe de mères dans l'éducation de leurs adolescents obtinrent peu de résultats. Par contre, leur intervention similaire fut beaucoup plus efficace lorsqu'elle prit place dans un groupe « ouvrage de dames ». Il existe une pudeur à ne pas brusquer, il faut éviter d'être trop direct et ne pas hésiter à recourir à des prétextes.

Il existe des spécificités culturelles à appréhender avec mesure. Accorder trop ou pas assez d'importance aux spécificités culturelles, c'est prendre le risque de louper la rencontre de la personne, quelle que soit son origine, avec son histoire singulière, sa propre façon d'appréhender le monde et ce qu'elle a à en dire. Toutefois, il serait dangereux de tout mettre sous le label « culturel ». Les personnes d'origine étrangère qui vivent en Belgique sont en « proximité-lointaine ». Ils sont, de facto, à la fois loin et proche du pays, du quartier, des personnes de leur pays d'origine et de celui où ils vivent aujourd'hui. D'où l'importance de la transmission, de l'appui sur les ressources personnelles, familiales, communautaires, et des occasions de rencontre, de créations de liens entre les

personnes, entre les familles.

Un patient vient avec son vécu, son savoir, ses liens familiaux et sociaux. Il existe diverses représentations de la santé, de la maladie et des traitements. Il est important d'être attentif aux représentations de la personne rencontrée et de son entourage.

Quelques questions restées en suspens :

- « Qu'en est-il de la relation au corps ? »
- « Comment peut-on mobiliser les ressources existantes des personnes, de l'entourage, de la société... »
- « Est-ce que le médiateur peut être un filtre, un frein lors d'une rencontre plutôt qu'un facilitateur ? »
- « La dépréciation de soi face aux images des mannequins de publicité, la question des limites, la place du père ne sont pas des thèmes spécifiques aux personnes d'origine marocaine... » ●



## La rencontre de l'autre

Présentation de  
Emmanuelle  
Berquin,  
Martine Thomas,  
Naïma  
Akhamlich,  
Marie  
Ryckmans.  
Animation et  
notes du débat :  
Pierre Grippa.

Personnes  
ressource de  
l'atelier : Naima  
Bouali,  
Jacqueline Chafi,  
Kathy De  
Brouwer et  
d'autres...

### Vignettes cliniques

Emmanuelle Berquin,  
médecin généraliste  
à la maison médicale Antenne Tournesol.

Un couple, la soixantaine, diabétiques tous les deux. Ils passent plusieurs mois par an au Maroc et viennent chaque fois chercher leurs ordonnances trois jours avant de partir. Je n'arrive pas à les persuader de faire les examens de suivi du diabète, pourtant indispensables (prises de sang, examen des yeux, ...).

Une jeune fille, dix-sept ans, vient amenée par sa mère et sa sœur pour un examen de virginité. Restée seule avec le médecin, elle lui confie qu'un mariage forcé est prévu pour elle aux prochaines vacances. Elle a subi une tentative d'examen de virginité par sa famille, et comme elle résistait, a reçu des coups.

Une femme, trente-cinq ans, demande à être soignée exclusivement à domicile par des femmes. Son mari lui interdit de sortir de chez elle.

Une maman vient demander un certificat scolaire de plusieurs semaines pour sa fille adolescente. Elle a besoin de son aide à la maison pour s'occuper des plus jeunes enfants.

Une jeune femme (la trentaine) a le fou-rire chaque fois qu'elle accompagne sa mère chez le médecin et qu'elle doit traduire. La maman a toujours mal au ventre mais jamais au même endroit.

Une femme, cinquante ans, diabétique et obèse, n'arrive pas à perdre du poids. Son poids idéal ne correspond pas à celui proposé par le médecin. Si elle maigrissait, elle aurait l'air malade. ●



Un homme, trente ans, diabétique à l'insuline, est en situation irrégulière en Belgique. Il utilise l'identité d'un autre pour se soigner. S'il fait appel à l'aide médicale urgente, il a peur de se faire arrêter et expulser. Quand l'autre personne ne peut plus lui prêter son identité, c'est la catastrophe, son diabète se décompense.

Un jeune homme, vingt ans, a mal à la tête. Il demande des radios. Il est nerveux. L'ambiance à la maison est très mauvaise ; c'est à cause de sa sœur qui est née en 1986 (six c'est le chiffre du diable). La grand-mère avait bien dit qu'il y aurait toujours des problèmes avec elle.

Mots clés :  
médecine  
générale -  
cultures et  
santé



## En maisons médicales

*Martine Thomas,  
médecin généraliste  
à la maison médicale à Forest.*

Les maisons médicales fonctionnent depuis plus de vingt-cinq ans pour une population « générale ». La formation des intervenants est codée par leur culture, mais elle inclut, en tant que première tâche, le décodage des plaintes : la maladie n'a pas toujours une cause biologique, elle comporte des dimensions psychologiques et sociales, qui vont de l'intervention de forces extérieures à la punition des fautes, et elle génère un système spécifique d'interprétation des événements. Il n'est pas toujours facile, pour nous occidentaux, d'aborder ces aspects avec nos patients. La communication est complexe, marquée par les différences de position entre soignant et soigné (et plus encore si le soigné vient d'une autre culture), par l'écart entre le langage médical et profane (sans oublier les problèmes purement linguistiques), d'où des difficultés d'anamnèse, d'appréciation psychologique et sociale, de diagnostic, d'adhésion à ce que la médecine générale propose.

D'autres problématiques viennent encore interférer, liées aux conditions socio-économiques, à la connaissance des cultures réciproques (exemple : Ramadan), à la différence des priorités, des valeurs, de la présentation des plaintes, souvent inattendue même si on comprend les mots.

Les plaintes psychosomatiques sont prégnantes : les problèmes de communication favorisent l'attention au corps, les souffrances psychiques ne sont dévoilées qu'à travers des problèmes somatiques et nous sommes souvent submergés par des plaintes multiples et incompréhensibles.

Problèmes de compliance aussi : si le patient ne comprend pas les tenants et aboutissants de ce que lui propose le médecin, il se sent ignorant et incertain quant à l'utilité des techniques et des solutions et finit par perdre confiance. ●

## Au planning des Marolles

*Naïma Akhamlich,  
assistante sociale.*

Le centre a été créé en 1976, et avait pour objectif dès le départ de travailler dans le quartier et d'être un centre de proximité (les centres de planning sont des institutions de premières lignes).

Les femmes marocaines du quartier ont pu être touchées par deux biais différents :

- la possibilité d'être reçues dans leur langue et de pouvoir faire référence à leur culture ;
- via les animations dans les centres d'éducatons permanente.

« Le téléphone arabe » a fait le reste. Il est important de noter que les travailleurs du centre ont toujours été ouverts aux différences culturelles et ont pu créer des liens privilégiés avec de nombreuses patientes qui souvent nous ont été orientées par les maisons médicales, des médecins pour une demande d'interruption de grossesse. Ces femmes sont souvent devenues des patientes fidèles pour tout ce qui concernait leur vie affective et sexuelle.

Certaines jeunes filles sont venues au centre suite à des animations en éducation affective et sexuelle dans les écoles dans la mesure où le centre a toujours insisté sur le secret professionnel. Ces même jeunes filles ont continué à fréquenter le centre quand elles sont devenues adultes.

### ● Les demandes ont évolué

Au début, ces femmes sont souvent venues pour des demandes médicales ou sociales ; avec le temps, les demandes des consultations de type psychologique ont augmenté.

Tout ce qui se passe dans leur vie n'est plus toujours *mektoub* (destin). Elles font la démarche de trouver des solutions à leurs difficultés tout en se remettant en question.

Parfois, elles vont parler aux personnes de la même origine qu'elles de leurs croyances, de superstitions, de sorcelleries et n'osent pas encore aborder ces phénomènes avec les professionnels d'autres origines.

● **Les certificats de virginités**

Les jeunes filles viennent souvent demander des certificats de virginité au planning. Notre politique est de répondre à cette demande, un certificat leur est donné toujours sans examen médical, sauf si elles le demandent. Il est arrivé que des jeunes filles soient accompagnées de leur mère mise dans la confiance.

● **La reconstruction d'hymen**

Les demandes sont nombreuses, et traitées en deux étapes :

- un entretien obligatoire de clarification de la demande ; c'est au cours de cet entretien que certaines jeunes changent d'avis ;
- un examen médical qui permet au médecin d'examiner le fondement de la demande.

● **Les demandes d'interruption volontaire de grossesse**

Les relations sexuelles sans pénétration qui aboutissent à une demande d'interruption de grossesse mettent l'équipe mal à l'aise ; souvent, nous sommes obligés de proposer à la jeune fille d'avoir des relations sexuelles complètes et de revenir.

● **Aujourd'hui**

En 2003, mille quatre cent quatre vingt six consultations ont été encodées sous le vocable « arabe », il est à noter que quand les jeunes femmes sont belges ou parlent le français, elles sont encodées sous le vocable français, ce qui fausse les statistiques (la demande des pouvoirs publics est l'encodage de la langue et non de l'origine).

**Age**

15-20	134
21-25	394
26-30	333
31-35	316
>35	295

**Sexe**

Masculin	122
Féminin	1.359

**Cadre de vie**

Adulte vivant seul	284
Adulte vivant en communauté ou en institution	11
Adulte cohabitant sans liens <de parenté ou de couple	15
Personne seule avec enfants	99
Personne cohabitant avec famille	86
Personne en couple sans enfants	304
Personne en couple avec enfants	291
Fils/fille vivant au sein d'une famille	47
Inconnu ou autre	

**Statut socioprofessionnel**

Enseignement secondaire	13
Enseignement professionnel, technique, spécial ou apprentis	138
Enseignement supérieur	85
Enseignement autre	39
Ménagère ou femme au foyer	127
Chômeurs de ou maladie longue durée	309
CPAS	59
Séjour illégal	204
Retraité	8
Ouvrier	181
Employé	179
Artisans ou commerçant	31
Autre ou inconnu	80

**Type de demandes**

Sexologiques	
Psychologiques	210
Médicales	467
Sociales	717
Juridiques	55
Conseil conjugal	36







## L'Office de la naissance et de l'enfance

*Marie Ryckmans,  
infirmière.*

Notre travail d'accompagnement est comme un tissage entre les personnes qui se renouvelle encore aujourd'hui. Il se déroule dans la proximité (quartier) avec une offre de service (connu aussi au Maroc) en consultation et à domicile, pour les parents, futures mères et enfants.

Il y a eu beaucoup de jugements, de méconnaissance et d'interventions néfastes mais aussi un enrichissement de part et d'autres et une ouverture de l'institution, un questionnement à ce qui est autre.

Nos visites à domicile peuvent être vécues comme des intrusions dans la vie personnelle et intime. Elles amènent aussi une reconnaissance de la personne en tant que telle ; pour certaines femmes, notre visite était le seul lien avec l'extérieur. A la maison, la mère nous reçoit : c'est elle la maîtresse des lieux...

Pour les hommes, notre présence peut être ressentie comme une intrusion (en tant que femmes) et un danger pour l'intégrité de sa famille.

Les interprètes médiatrices nous ont été d'une très grande aide ; leur place n'est pas toujours facile entre les deux mondes. L'interprétariat assumé par les aînés ou les maris a pu les placer dans des rôles parfois nocifs : responsabilité des aînés, implication des pères. Je suis encore frappée maintenant comme certains grands-pères racontent avec fierté le devenir de leurs enfants et petits enfants. Et actuellement l'intérêt des pères pour la grossesse et la santé de l'enfant est réelle et effective.

Outre notre relation individuelle, la place des familles en salle d'attente a permis un apprivoisement de la vie extérieure, une reconnaissance des femmes entre elles, des groupes de paroles en dehors de la famille. Ce qui a coupé l'isolement. Et parfois aussi, le côtoiement avec des familles belges en difficulté leur a rendu une image plus positive d'elles-mêmes.

Notre approche dans un cadre global nous a permis de prendre en compte les différents aspects de la santé : alimentation, logement, école, vie sociale.

Le temps d'écoute inhérent à notre travail a quelque fois permis que les choses se disent : les femmes partagent leur histoire, leur vécu, leurs soucis. Ce lien privilégié a aussi amené des ambiguïtés : nous étions leurs amies, elles voulaient vivre comme nous. Ces échanges ont été parfois positifs : une femme peut pleurer une fausse couche avec nous et n'en parlera pas chez elle.

Le fait d'être des acteurs de santé nous a obligées à rapidement nous positionner dans un travail de découvertes mutuelles : penser les questions avec les familles et plus pour les familles.

Nous sommes sur un chemin de découverte par rapport aux images de santé, place familiale de l'enfant, thérapeutiques diverses.

L'introduction des notions de prévention est souvent difficile : le fait de parler de maladie, c'est la provoquer...

Les idées arrêtées (par exemple : le bébé doit dormir dans son lit) ont sûrement été intrusives ; mais notre intérêt pour le respect et la santé de l'enfant et de la mère a amené des choses positives (chacun est important). Souvent les femmes nous interpellent sur la place des personnes âgées dans notre société.

La recherche de sens et d'explication nous a permis de mieux comprendre ; un des dangers était de généraliser, de mettre les personnes dans des catégories, alors que chaque histoire est unique et toujours en chemin.

Cette recherche nous a parfois aussi amenées vers trop d'assimilation de notre part : le modèle marocain étant devenu la norme. Certaines d'entre nous ont amené à leur domicile des coutumes inhabituelles, ... nous cherchions avidement des cours de berbère...

Notre institution a dû s'adapter à cette nouvelle problématique progressivement. Notre action est perçue comme marginale mais nous avons eu droit à des formations en cours d'emploi et des groupes de réflexion (dans les années 80 principalement).

Pour nous, ce travail d'accompagnement est source d'une remise en question de notre rôle, de notre fonction, de nos valeurs. Cette remise en question est toujours actuelle pour les primo arrivantes jeunes ou plus âgées ; et aussi pour les jeunes mères nées ici qui amènent des nouvelles questions. L'interrogation autour de la culture ou du comment faire avec les bébés nous amène à un questionnement vers autrui et donc plus de tolérance et d'ouverture pour chaque personne, quelle que soit son origine. ●

## Discussion

Les intervenants rapportent leurs difficultés à affronter des conceptions auxquelles ils n'adhèrent pas. Quelques exemples : dans le domaine de l'alimentation, l'idée qu'un enfant en bonne santé est dodu, que si on ne mange pas ou qu'on maigrit, on est malade ; l'idée qu'un traitement doit faire partir la maladie, d'où l'incompréhension face au nécessaire traitement des maladies chroniques ; l'écart entre le concept d'urgence « médicale vraie » et celui d'urgence ressentie, qu'il est impossible de gérer en situation « aiguë » ; le fatalisme par rapport à la maladie, comment oser aller à l'encontre ; l'intégrisme de certaines demandes (uniquement des médecins femmes pour les femmes...).

Les modes de vie aussi posent question, l'exemple classique étant celui du Ramadan : difficile de faire accepter de ne pas le pratiquer pour raison médicale (même si c'est prévu par la religion) car c'est une période privilégiée (vie communautaire, ressourcement).

Les soignants ont du s'adapter. Les questions ouvertes, l'exploration circulaire de la plainte font désormais partie de leur abord des patients en général. L'importance de l'affectif rentre peu à peu dans les catégories médicales.

Le travail avec interprète a permis de créer des liens au fil des années et d'optimiser le suivi. Les médiatrices vont au-delà des mots et permettent un rapprochement. Établir le contact, c'est acquérir la confiance : on établit le contact en parlant de la famille avant d'aborder ce qu'on veut (« cela ne se fait pas de parler directement »). Il faut savoir créer du lien (avec un cadre thérapeutique), prendre et se donner du temps pour les résultats.

Pour la deuxième génération par contre, les spécificités culturelles ne sont souvent pas plus importantes que les différences sociales. Ne considérer que l'aspect culturel ferme à l'action thérapeutique.

La difficulté à faire accepter une pathologie chronique est fréquente : y a-t-il un déni, ou un manque d'informations ? Comment faire pour que les patients s'approprient l'information, sans les faire tomber dans la projection du désir du soignant, quelle négociation ouvrir ? ●



# Passeur de monde

Les exposés du matin ont mis en clarté le peu d'intérêt porté à la santé dans la convention belgo-marocaine : on n'attendait que des gens en bonne santé au zénith de leur force de travail. Pourtant la question : « veut-on une politique de santé pour les immigrés ? » n'est pas anachronique, car non seulement ces personnes sont toujours bien là, mais les flux migratoires sont loin d'être taris, quoi qu'on en pense et quelle que soit la « politique des frontières » en vigueur.

Alors pour ne pas répéter les erreurs du passé (un intervenant parlera de « quarante ans de gâchis ») et se préparer à accueillir ceux qui viennent, prenons acte à l'occasion de cette commémoration du besoin d'une politique de santé pour les populations migrantes.

Oui, mais quelle politique ? S'agit-il de promouvoir une politique de santé spécifique, communautaire, ou d'appuyer une conception non spécifique, intégrant toute la population dans une vision non ségrégationniste ? Cette dernière option recueille le suffrage de tous les participants de l'atelier : pas question d'apartheid. Une politique de santé pour les immigrés, mais qui ne leur soit pas spécifique... voilà qui soulève un paradoxe.

C'est que souhaiter une politique non spécifique ne signifie pas qu'il faille compter pour rien le besoin d'un accueil personnalisé des personnes venues d'ailleurs. Le centre de santé mentale du Méridien (à Saint-Josse, Bruxelles) souligne la nécessité de pouvoir accueillir les personnes dans leur langue maternelle, porteuse de leurs codes mais surtout de leur vécu, de leur être émotionnel. Trop souvent un accueil non averti s'avère un filtre ou un frein à la communication. Il faut ouvrir des espaces de parole, créateurs de liens, « rentrer » dans leurs croyances de santé, entendre ce qu'ils disent d'eux dans le langage du corps (les somatisations sont fréquentes), prendre en compte la problématique spécifique des femmes et le rapport aux mythes sur la femme occidentale, être attentifs aux atteintes que porte à la santé la constante dépréciation dont ils sont l'objet. C'est pourquoi la collaboration avec des médiateurs interculturels est primordiale.

Il y a place pour une fonction de « passeur de monde ». Toutefois, si les contenus sont spécifiques, en lui-même le besoin en soins et en

éducation pour la santé ne diffère pas de celui d'autres groupes de la population générale.

Ceci ne remet donc pas en question la volonté de développer des politiques non spécifiques : il est essentiel de ne pas céder à la tentation d'ouvrir des centres spécifiques qui deviendraient vite des ghettos. Plus encore, il s'agit de ne pas ensevelir sous la dimension culturelle une composante majeure des problématiques de santé, la dimension sociale, et notamment de classe sociale qui peut constituer un obstacle à l'accès aux services bien plus redoutable que l'écart culturel.

Il faut donc renforcer les structures existantes et leur donner les outils nécessaires à l'accueil des personnes d'origine étrangère.

Parmi les outils suggérés, notons l'engagement de médiateurs et de professionnels de santé d'origine étrangère dans les structures de soins, le développement de la formation interculturelle des soignants, l'ouverture de lieux de parole, le soutien à des projets locaux susceptibles d'améliorer l'accès aux soins (souvent précaire) et la communication interculturelle, dans un cadre de santé communautaire faisant appel aux personnes ressource de la communauté.

Au-delà de ces aspects « spécifiques », il importe de travailler aux niveaux des conditions d'accès à la santé et aux soins, conditions qui se regroupent sous trois aspects : le coût, la qualité de l'offre, et en premier lieu l'information sociosanitaire, qui peut se révéler un obstacle majeur tant au plan linguistique que culturel (information non reçue, information mal reçue).

Sur un plan plus général, le développement d'une politique de santé se heurte à l'éclatement des compétences « santé » entre différents niveaux de pouvoir qui poursuivent chacun « leur politique » sans se rapporter à une perspective globale et souvent sans utiliser le capital d'expertise accumulé sur le terrain. Le curatif dévore 90 % des budgets et n'est absolument pas connecté au préventif qui relève du niveau communautaire tandis que l'INAMI gère le remboursement des soins à un niveau fédéral, les dispositifs de régulation sont régionalisés, notamment en ce qui concerne les hôpitaux, les maisons de repos, les institutions...

CE SONT DES HOMMES



QUI SONT VENUS...

*Synthèse des notes de l'atelier : Axel Hoffman.*  
Animateur : **Bernard Devos.**

*Personnes ressource de l'atelier : Myriam De Spiegelaere, Pierre Drielsma, Zakia Khattabi, Louis Ferrant, Hamida Chikhi, Sophie Lieberman et d'autres...*

**Mots clés :**  
politique de santé,  
culture et santé.



L'épineuse question des illégaux et des demandeurs d'asile mérite d'être montée en épingle. Le mécanisme de l'aide médicale urgente qui est censé pourvoir à leurs besoins de santé est mal connu des soignants et plus encore de ceux qui devraient en bénéficier, il est complexe, lourd, difficile à appliquer et mal accepté par les CPAS. Les participants de l'atelier parlent d'hypocrisie et de médecine à deux vitesses à propos de cette procédure qui ne permet pas de dispenser des soins corrects ou de faire de la prévention, ni de construire une relation thérapeutique pourtant indispensable auprès de ces populations qui vivent une situation particulièrement difficile.

Un des participants fournira l'image finale de l'atelier en parodiant la parabole du partage du pain : il faut qu'il y en ait pour tous, mais ce serait bien aussi qu'il soit frais. ●

Une des personnes ressource demanda :  
 Que voulons-nous actuellement comme politique de migration ? La question se pose de façon aiguë tant en Belgique qu'en Europe.

Cette question fût relancée par un autre intervenant mais une grande partie de l'atelier rejeta l'idée même d'en parler. Au final, on reparla de nouveau du contrôle des frontières. Avec l'avis d'un intervenant qui déclara que limiter l'accès au frontière créait de plus en plus d'illégaux (ceux qui échappent au contrôle). Et que la situation socio-sanitaire de ceux-ci étaient particulièrement déplorable. La conclusion implicite serait-elle qu'il faut supprimer toute régulation des flux migratoires ?

La question de l'absence ou non de régulation des flux migratoires se trouvait donc présente comme en creux dans l'atelier. Serait-elle de l'ordre de l'indicible ou du politiquement incorrect ?



## Conclusion du forum santé

*A la fin de cette journée de commémoration des quarante ans de présence marocaine en Belgique, des interventions et échanges de qualité nous ont permis d'approcher l'immigration du point de vue historique, sociologique et sur le plan de la santé.*

*Une observation s'impose, celle de la carence en terme de recherche et de matériaux mis à disposition à propos de ces problématiques.*

*Comme M<sup>me</sup> Frenet de Keyser l'a fait remarquer, la convention gérait uniquement le côté économique et rentabilité. Et pourtant, « On a fait venir des bras et on a eu des hommes mais aussi des femmes et maintenant des enfants et des petits enfants ».*

*C'est pourquoi cette journée ne restera pas uniquement une commémoration, tournée vers le passé, mais nous invite à dégager des perspectives de recherche, à inventer le futur. ●*

*Par **Myriam Amrani**,  
sociologue,  
membre du  
conseil  
d'administration  
de l'Espace  
mémorial de  
l'immigration  
marocaine*

Ici se clôture le Forum Santé organisé pour les quarante ans de l'immigration marocaine. Dans les pages qui suivent, nous vous présentons quelques textes qui éclairent les idées exprimées lors du Forum ou qui en abordent des aspects annexes.

# Le livre de Fatma

Fatma  
Bentmime.

.....

*En 1968, la famille de Fatma lui propose de se marier. Tout de suite après le mariage, elle prend l'avion pour la Belgique où son mari travaille. Une histoire banale comme l'ont vécue des centaines de jeunes femmes marocaines. En Belgique, sans savoir ni lire ni écrire, elle devra se battre contre les misères d'un mariage arrangé, pour son indépendance économique, pour son éducation et celle de ses enfants.*

.....

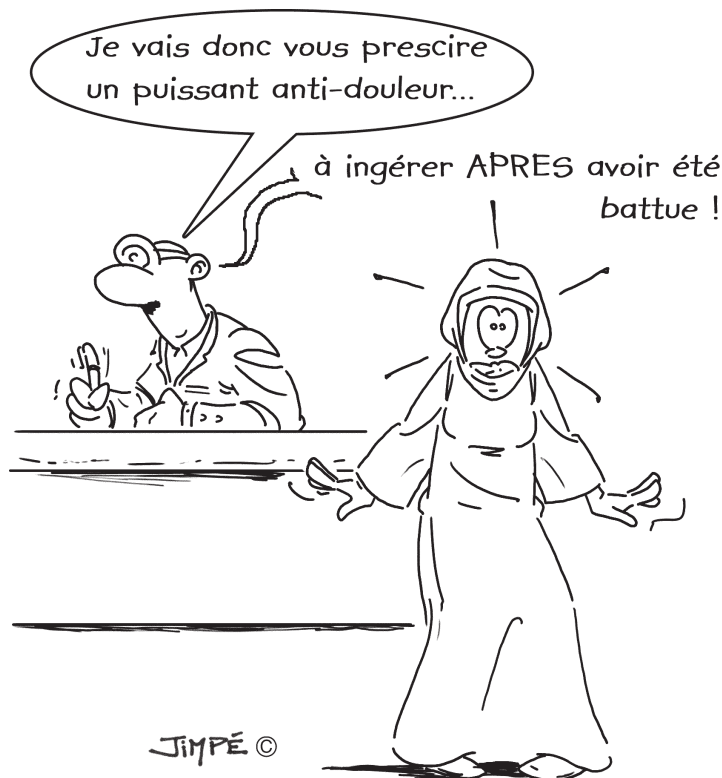
Mots clés :  
cultures et  
santé

Avec l'aide de Patrick Michel qui tenait la plume, Fatma Bentmime a écrit *Le livre de Fatma* où elle relate ce qu'elle a vécu. De ce témoignage, nous vous présentons la scène d'une rencontre avec un médecin spécialiste. Une scène qui parle d'elle-même...

*Mon mari réussit à tenir sa promesse, il ne me frappe pas une seule fois en six mois. Hélas, il se rattrape par des tortures morales et, pour moi, revient le temps des regrets. Je n'ai pas de bleus partout mais les blessures que me font ses insultes me font plus mal encore. Je me rends compte que j'ai profondément changé durant les quelques mois où j'ai vécu seule. Je me sens à nouveau comme une plante qui meurt doucement. Mes forces me quittent, j'ai l'impression que je n'aurai plus l'énergie de le quitter encore une fois.*

*Un jour, Marie-Louise me dit :  
« Écoute, Fatma, j'ai peur que tu tombes en dépression, je suis inquiète. »  
J'ai de terribles migraines, je sens que toute la violence que mon mari provoque en moi ne parvient pas à s'exprimer et me ronge petit à petit. J'ai tellement peur de lui que je n'ose pas laisser éclater ma colère. A certains moments, je pleure beaucoup, c'est ma seule libération. Je suis de plus en plus ailleurs, j'ai l'impression que mon esprit s'en est allé. Je fais du thé, cinq minutes après j'ai déjà oublié que je l'ai préparé. J'oublie de descendre du bus, mes pensées m'entraînent loin de mon arrêt habituel. Je prends peur, j'ai l'impression de devenir folle et je repense aux paroles de Marie-Louise : « Peut-être qu'en français dépression ça veut dire qu'on devient fou ? »*

*Je décide d'aller voir un docteur, au moins je pourrai lui parler de mes maux de tête. Il me pose une série de questions sur mon alimentation et sur mon sommeil puis me demande :  
« Est-ce que vous avez des problèmes ? »  
« Non, pas spécialement... »  
« Vous vous plaisez bien ici, en Belgique ? »  
« Oui, je me plais bien. »  
« Et qu'est-ce que vous faites dans la vie ? » me demande-t-il encore.  
« Je travaille. »  
« Et votre mari, que fait-il ? »  
« Il est au chômage. »  
« Et vous vous entendez bien avec lui ? »  
Je commence à croire que ce médecin s'intéres-*





*se vraiment à moi et, après une hésitation, je répons :*

*« J'ai des moments difficiles... »*

*« Il ne vous frappe pas au moins ? »*

*« Non... »*

*« Et c'est quoi ces moments difficiles ? »*

*« Il y a des hauts et des bas dans le ménage...*

*Avant je le supportais encore, mais maintenant je n'en peux plus... »*

*Il prend alors son carnet d'ordonnances et griffonne rapidement en disant :*

*« Vous prendrez ça avant de dormir et ça ira mieux. Et pour les maux de tête, il vaut mieux aller voir un spécialiste qui vous fera un électro-encéphalogramme. »*

*Le spécialiste conclut qu'il vaut mieux que j'aille chez un oculiste et il double les médicaments. Je me demande bien ce que j'avale mais comme je ne sais pas lire... Docilement, j'en prends un chaque soir et une heure après, je bascule dans un autre monde jusqu'au lendemain. Lorsque je me réveille j'ai l'impression de peser une tonne. Je commence à gonfler de partout. Et je ne supporte pas mieux mon mari pour autant. ●*

*Le livre de Fatma de Fatma Bentmime est paru aux éditions EPO, Bruxelles 1993.*

# Les immigrés vieillissent aussi

*Zakia Khattabi,  
licenciée en  
travail social,  
collaboratrice au  
Centre pour  
l'égalité des  
chances et de la  
lutte contre le  
racisme.*



*Les personnes âgées d'origine étrangères posent des problèmes de santé spécifiques. Ne serait-il pas temps de s'en préoccuper...*



Comment vivre et travailler, en bonne cohabitation, avec des personnes d'origine et de confessions différentes ? C'est bien la question qui nous occupe aujourd'hui. Cette question est débattue depuis quelques années déjà dans des séminaires organisés conjointement par le Centre et le Pacte territorial pour l'emploi en Région de Bruxelles Capitale. Ces séminaires regroupent les différents acteurs en présence au sein d'un même secteur et abordent la diversité culturelle et sa gestion telle qu'elle se pose au quotidien dans les différents secteurs.

Si la nécessité d'aborder ces questions se fait aujourd'hui sentir avec autant d'acuité au sein du secteur des maisons de repos, c'est que la Belgique découvre avec étonnement un phénomène pourtant prévisible : les immigrés vieillissent.

Le secteur se trouve ainsi dans la situation de devoir accueillir un public aux besoins spécifiques pour lequel rien n'a été envisagé, la figure même de l'immigré âgé demeurant jusqu'à peu totalement absent de l'imaginaire social.

Comme celle de l'immigré chômeur, la représentation de l'immigré âgé n'a, jusqu'à aujourd'hui, pas droit de cité et donc est supposé ne pas exister de fait. Or, ils existent.

## Une imprévoyance partagée

Le décalage entre les faits et la conscience de ceux-ci résulte de la focalisation des politiques migratoires initiales sur le court terme. Le manque d'attention au phénomène du vieillissement des populations immigrées découle du caractère temporaire de l'immigration de main-d'œuvre étrangère. Tant les autorités, l'opinion publique des pays d'accueil que, j'insiste, les migrants eux-mêmes entretenaient l'idée que leur séjour était temporaire, lié au travail qu'ils devaient accomplir. Or la situation a évolué : les travailleurs ont été rejoints par leur famille, quant ils ne l'ont pas fondée ici. Les enfants sont nés et ont fait leur scolarité dans le pays d'accueil. Les parents eux-mêmes ont parfois adopté certains comportements modes de vie et de ce pays d'accueil. A mesure que le temps s'écoule le projet de retour devient moins évident.

Le pays a donc fait appel à de la main-d'œuvre et découvre qu'au-delà des mains, il y a des hommes, des familles, hier des enfants et aujourd'hui des seniors.

A cet argument de temporalité s'ajoute le paradoxe que, de façon régulière, l'immigration est évoquée comme LE remède au vieillissement des populations 'locales', or les immigrés vieillissent aussi.

Ainsi, le vieillissement de ces populations immigrées est la conséquence logique d'une part de l'évolution démographique et d'autre part du nouveau visage de l'immigration (installation durable, immigration de travail passée à une immigration de peuplement...).

Cette conception traditionnelle de l'immigration comme phénomène temporaire va se traduire pour cette population vieillissante, mais c'est vrai aussi pour d'autres franges de la population immigrée comme les jeunes, par des problèmes sociaux : précarité des conditions de vie, difficulté d'accès aux institutions en raison notamment d'une maîtrise insuffisante de la langue nationale et donc accès difficile à la connaissance de leurs droits quant à la sécurité sociale par exemple...

**Mots clés :**  
cultures et  
santé –  
personnes  
âgées





## D'autres lieux et d'autres temps

Ces migrants âgés ne constituent pas un groupe homogène : ils diffèrent tant dans leur parcours migratoire que dans leurs réalités sociales, culturelles ou linguistiques quotidiennes.

Il n'en demeure pas moins que la population immigrée qui entre dans le troisième âge aujourd'hui, qu'elle soit issue des vagues migratoires des années '50 (et autres) ou d'un regroupement familial plus récent, présente la caractéristique commune d'une socialisation dans le pays d'origine. Ces nouveaux seniors véhiculent bien souvent des traits culturels propres à leur culture d'origine que l'âge renforce. D'aucuns gardent, en général des difficultés à s'exprimer dans une des langues nationales, ont maintenu des modèles traditionnels en matière de relations homme/femme, continuent à évoluer dans un imaginaire où l'organisation sociale est encore bien codifiée à l'image de la société traditionnelle qu'ils ont quittée, telle qu'ils l'ont quittée.

Dès lors, dans l'accès aux institutions pour personnes âgées, les écarts culturels risquent de se faire sentir de manière aiguë, ne fut-ce que dans des gestes de la vie quotidienne.

Par exemple, dans l'offre de services à domicile, certaines infirmières refusent d'enlever leurs chaussures lorsqu'elles entrent dans la maison d'une personne d'origine turque ou marocaine qui bénéficie de leur service. Comme si le personnel de ces institutions estimait qu'après une si longue présence en Belgique, il n'était pas normal que ces immigrants ne soient pas devenus tout à fait belges.

De même, des malentendus surgissent autour de l'accueil que les personnes immigrées d'un certain âge réservent lors de la visite de ce personnel infirmier. Ce personnel soignant nous assure de sa bonne volonté à l'égard de ces immigrants âgés, mais il ajoute immédiatement que le problème c'est qu'ils ne sont même pas contents lorsqu'on vient pour les aider...

La réalité est toute autre : ces immigrants âgés sont tout simplement honteux de devoir faire appel à d'autres personnes que leurs proches. En maison de repos se poseront des questions telles que la mixité du personnel soignant – les

femmes turques ou marocaines ne voulant pas se faire soigner par des hommes - ou telle que la communication entre les uns et les autres (langue). Se posera également la rencontre entre les vieux belges et les vieux immigrés...

*Il existe d'énormes préjugés sur l'attitude des Belges à l'égard des personnes âgées, des préjugés encore renforcés par la méconnaissance absolue des institutions qui accueillent le troisième âge. Les réflexions qu'on entend : un Marocain âgé affirme ne pas comprendre pourquoi une personne qui n'a jamais été en prison, qui n'a rien fait de mal dans la vie doit être enfermée pour le restant de ces jours.*

Gardons-nous cependant bien de figer le culturel en culturalisme, empaillant ces populations dans nos propres clichés et oubliant que l'écart culturel entre les générations de la population 'autochtone' peut-être aussi conflictuelle.



---

## Vers une compétence interculturelle

L'interrogation qui s'impose alors quant à la prise en charge efficace des migrants âgés est la suivante : faut-il orienter ces migrants vers des structures de droits communs, c'est-à-dire destinées à tous, ou faut-il concevoir des instances taillées sur mesure ? Cette interrogation renvoie plus généralement au modèle de société multiculturelle que nous voulons défendre.

Le Centre fait l'hypothèse que l'intégration de la préoccupation interculturelle dans l'offre de soins appropriés et de services aux personnes âgées pourrait vraisemblablement suivre deux voies distinctes mais complémentaires :

- une politique de l'acceptation réciproque afin de lever les appréhensions mutuelles entre les immigrés et les services de soins et d'accueil des personnes âgées par l'information et la rencontre de ces vieux immigrés avec ces services et leurs usagers belges d'une part, par l'organisation d'initiatives interculturelles au sein des services, d'autre part ;
- une politique de formation initiale et continue du personnel soignant, hôtelier et d'animation actif dans les services aux personnes âgées afin de permettre aux professionnels de travailler adéquatement en contexte de diversités culturelles. Il s'agit de promouvoir dans ces services une 'compétence interculturelle' qui vise la connaissance, voire la reconnaissance dans un premier temps, de la spécificité du public des vieux immigrés tant dans ses aspects sociaux que culturels. Cette compétence ne vise pas la connaissance objective et exhaustive de la culture de l'autre mais bien une capacité d'empathie susceptible de favoriser le dépassement des différences, voire des chocs culturels.

Si l'éveil des consciences au phénomène du vieillissement des populations immigrées s'impose, il n'en demeure pas moins que les réalités et les conséquences de ce phénomène restent du domaine du pressentiment. C'est pourquoi le Centre pour l'égalité de chances et de la lutte contre le racisme préconise une étude au niveau des trois régions qui permettrait,

d'une part, de quantifier le phénomène et, d'autre part, d'identifier clairement les besoins spécifiques non seulement des populations âgées issues de l'immigration mais également ceux des professionnels concernés.

La prise en compte du vieillissement des populations immigrées ne relève pas seulement du questionnement institutionnel quant à leur prise en charge, aux réponses professionnelles et techniques à apporter mais bien plus fondamentalement de la place que la société d'accueil est prête à accorder aux migrants de la première génération, sujets non seulement de leur histoire individuelle mais également de l'histoire collective de la Belgique. ●

*Contribution au colloque du 23/10/2003 organisé par l'Association des directeurs de maisons de repos portant sur le management de la diversité dans les maisons de repos*

# D'ici et D'Ailleurs

.....

*Récemment agréé, le centre de santé mentale D'Ici et D'Ailleurs est immergé dans un quartier qui cumule différences culturelles et précarité (Molenbeek-Saint-Jean à Bruxelles). Le travail ne manque pas...*

.....

*L'accueil des patients peut se faire en plus de dix langues. Si nécessaire, il est également fait appel à des interprètes. Ceux-ci viennent soit de la Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers (CIRE), soit ont été trouvés par l'équipe du centre qui se constitue petit à petit un « carnet d'adresses » bien utile dans nombre de circonstances. La difficulté de cette situation est que cela revient cher et qu'il y a même des moments où nous nous retrouvons en difficulté pour payer certains interprètes (dresser une fiche de paie pour une intervention d'une heure coûte presque plus cher que l'intervention elle-même !).*

## Historique

Certains travaillaient depuis plus de vingt ans dans le quartier et avaient constaté combien les réponses en termes de soins en santé (généraux) n'étaient absolument pas adaptés à la population de ces quartiers, que ce soit la population belge, très défavorisée, ou la population d'origine étrangère. Cette constatation a amené à vouloir répondre de manière plus adéquate à ces demandes qui, sans cela, restaient sans réponses. Et c'est ce qui a amené certains membres fondateurs du centre D'Ici et D'Ailleurs à s'interroger sur toute cette problématique et à commencer à travailler ensemble.

Au départ, les membres de l'équipe du centre se sont rassemblés sur base de la demande de divers intervenants dans la santé mentale éprouvant des difficultés avec des patients venus « d'ailleurs ». Ce travail, débuté fin 93, a pris de plus en plus d'ampleur vu l'augmentation des demandes. Il se faisait dans deux maisons médicales (une à Molenbeek et une autre à Saint-Gilles) en soirée et le samedi matin. Le besoin s'est alors fait ressentir de structurer les activités et c'est ainsi que l'asbl *D'Ici et D'Ailleurs* est née en mars 1996. Lors de l'assemblée fondatrice, il fut décidé que les quatre membres de l'équipe d'alors mettraient en route un projet de centre de consultations psychologiques. Un peu plus d'un an plus tard, une réponse positive parvenait à l'équipe, et un budget était alloué, permettant la création d'un centre où les patients pourraient venir s'exprimer dans leur langue s'ils le souhaitaient, et dans le respect de leur culture.

En 1997, le centre s'ouvrit dans des locaux accessibles aux personnes handicapées, situés dans le Vieux Molenbeek à deux pas du Canal. L'activité du centre s'est tournée vers les habitants de ces quartiers dont la population est majoritairement récente (moins de trente ans), et souvent d'origine étrangère.

Les envois de patients se sont faits de la part de travailleurs de la santé d'horizons très différents, mais les travailleurs de première ligne étaient les plus nombreux (médecins de famille, assistants sociaux, ...).

Plus de cinq ans après son installation dans le « Vieux-Molenbeek », cette partie de Molen-

CE SONT DES HOMMES



QUI SONT VENUS...

*Dominique Vossen, psychiatre, centre D'Ici et D'Ailleurs.*

**Mots clés :**  
cultures et  
santé –  
santé  
mentale.

beek-Saint-Jean comprise entre le canal, Tour et Taxis, la ligne de métro et la gare de l'Ouest, le centre D'Ici et D'Ailleurs a vu ses possibilités s'accroître.

C'est dans ce quartier à forte densité de personnes d'origine étrangère, tout proche du « Petit Château », et qui a subi une mutation radicale ces vingt dernières années, que l'équipe du centre développe ses activités. Ce quartier s'est transformé en monde multiculturel : on y retrouve en effet une vieille population belge de souche (composée de personnes âgées et de quart-monde), de nombreuses personnes originaires du Nord du Maroc, d'Anatolie en Turquie, des réfugiés yougoslaves, des Africains qui s'y sont établis après un passage au « Petit Château », et bien d'autres personnes venant de tous les coins de la planète !

La population fréquentant le centre reflète en bonne partie cette diversité, même si certaines personnes se déplacent de toute la région bruxelloise, et parfois de plus loin, pour venir se faire aider au centre D'Ici et D'Ailleurs qui est un des rares à pouvoir recevoir les gens dans leur langue...

Les envoyeurs aussi se diversifient avec le temps, de même que les raisons pour lesquelles les personnes sont envoyées au centre. Ainsi, plus le temps passe, plus les situations qui arrivent au centre ont déjà accompli un certain parcours de démarches, aux résultats infructueux, dans d'autres structures prodiguant des soins en santé mentale.

Le travail effectué par les thérapeutes de l'équipe du centre est en majeure partie du travail d'entretien individuel, qui peut se faire dans la langue du patient si ce dernier le souhaite. Le temps restant est consacré au travail thérapeutique au cours des consultations d'ethnopsychiatrie.

Le nombre de consultations, tant individuelles que d'ethnopsychiatrie ne cesse d'augmenter. Il y a eu en 2002 près de mille sept cents consultations psychologiques, près de quatre cent cinquante consultations logopédiques et plus de trois cent vingt consultations sociales, plus de cinq cents consultations psychiatriques et plus de cent cinquante consultations d'ethnopsychiatrie. Il reste cependant un problème, c'est le taux relativement élevé d'absence (la personne ne vient pas ou annule ou reporte son

rendez-vous en dernière minute) qui tourne aux alentours de 20%. Les demandes sont de plus en plus diverses et proviennent soit d'intervenants, soit des patients eux-mêmes, ces derniers étant originaires de lieux de plus en plus lointains de notre pays.

Une autre difficulté vient du nombre croissant de demandes de traitement pour les enfants, demandes auxquelles il est difficile de répondre actuellement. Un sous-groupe s'est constitué au sein de l'équipe, mais doit impérativement être renforcé tant du point de vue nombre que du point de vue compétences (pédopsychiatre, thérapeute du développement,...).

Que ce soit pour un candidat réfugié politique qui s'est vu refuser le statut alors qu'il semble impossible qu'il retourne dans son pays ou que ce soit pour un habitant du quartier dépassé par les différents papiers qui lui arrivent, il convient d'être le plus adéquat face à la souffrance vécue quotidiennement.

---

## L'ethnopsychiatrie

La technique utilisée pour les consultations d'ethnopsychiatrie fait appel à quatre éléments importants.

1. Tout d'abord, la langue : il est important de rendre présente la langue dans laquelle se structure, se construit spontanément la pensée du patient. Il y a en effet des choses inexpriables dans une langue autre que la sienne. La présence d'un médiateur ethnoclinicien, qui va également traduire les intentions du patient, est indispensable dans cette situation.

2. Ensuite, le groupe : le patient est reçu accompagné de sa famille et/ou de ses amis par un groupe composé du thérapeute principal et de co-thérapeutes, d'origines diverses. Cela rend possible la circulation de la parole au sein du groupe et permet plus facilement l'évocation d'étiologies traditionnelles.

Les patients d'origine étrangère essaient de se repérer entre le même et l'autre. Il est donc important que, dans le groupe, il y ait présence de culturellement identique, mais aussi « d'autres » étrangers, comme le patient, mais de langue et de cultures différentes.



Le groupe a différentes fonctions :

- D'abord une fonction statique. Par sa ressemblance aux pratiques traditionnelles, il propose au patient un cadre entre les deux, métissé. « Ici, on est comme en famille », « plus il y a d'avis, mieux c'est » peut-on y dire. Cela rappelle en quelque sorte l'assemblée des pays arabes, ou aux palabres africaines sur la place du village. Autre possibilité que permet le groupe, c'est le maniement des étiologies traditionnelles qui n'est possible qu'en son sein.

- D'un point de vue dynamique, le groupe permet un discours sur le patient, et un déroulement kaléidoscopique des interprétations. Chacun pourra y aller de sa manière de voir les choses, ainsi un Kabyle dira « chez nous, lorsque les femmes lancent des vérités, c'est toujours en chanson » ou un Sénégalais dira « chez nous, on chante aux poules... » tout cela pour parler de propos qui sont adressés à quelqu'un de précis. Le patient n'hésitera plus guère à communiquer le sens qu'il donne à ce qui lui est arrivé, après avoir entendu déjà ces différentes versions...

- La disposition en groupe a aussi une fonction de portage culturel et psychique, qui permet la circulation d'étiologies semblant irrationnelles, sans mépris et sans condescendance de la part du thérapeute. Ainsi, un Sénégalais pourra dire, « chez nous, on dirait que quelqu'un l'a mangé », un Antillais qu'« un saint l'a appelé » et le patient expliquera alors qu'on a, par exemple, dit à son propos que quelqu'un lui avait fait du mal, probablement quelqu'un de la famille... Il ne lui est dès lors plus demandé de traduire sa plainte en « termes scientifiques » qui lui sont difficilement accessibles et évocateurs !

A la fin de la consultation, le thérapeute principal va énoncer sa proposition qui doit permettre, en partant du discours du groupe, une réorganisation des éléments propres du patient.

3. D'autre part, la médiation : en effet, il ne suffit pas seulement de traduire la langue, il faut aussi faire surgir le monde culturel du patient. Parmi les thérapeutes, il est plus qu'indispensable qu'il y ait un thérapeute-médiateur qui puisse parler la langue du patient pour

communiquer et comprendre certes, mais surtout pour permettre aux thérapeutes d'accéder au monde du patient. En d'autres termes, traduire le texte et le contexte. Quand ce monde surgit, apparaissent en même temps les étiologies qui donnent sens aux désordres, ainsi que les techniques qui traitent ces désordres.

4. Enfin, la temporalité du travail est aussi importante : la consultation dure souvent deux heures, voire plus. Cela permet un travail en profondeur, qui se déroulera le plus possible en présence des intervenants qui accompagnent le patient (médecin traitant, assistant social, psychologue, éducateur,...).

C'est le moment de rappeler que la consultation d'ethnopsychiatrie peut être utilisée comme une consultation de seconde intention, c'est-à-dire à laquelle il est possible de recourir si d'autres traitements psychologiques ou psychiatriques habituels n'ont pas donné de résultats suffisants. Les éléments qui auront surgi au cours de la consultation pourront être repris par l'intervenant habituel durant les entretiens qui se déroulent entre les consultations d'ethnopsychiatrie, souvent espacées de quelques mois. Il s'agit donc bien d'une consultation qui s'ajoute à un autre suivi psychothérapeutique, individuel ou familial.

---

## L'activité clinique et la prévention

Lors des consultations d'ethnopsychiatrie, le patient peut-être reçu aussi bien seul qu'avec les membres de sa famille et/ou les intervenants (médecin traitant, assistant social, éducateur, psychologue, ...) qui le suivent à l'extérieur. Ce dispositif consiste en une prise en charge d'une façon simultanée avec ces derniers. Cependant, il arrive que les intervenants en santé mentale ne soient pas disponibles. La consultation de groupe peut alors déboucher sur une prise en charge individuelle par un des membres du centre de façon à assurer une certaine continuité et offrir au patient un autre cadre de travail que celui qui revient au cadre groupal.

Les demandes de psychothérapie individuelle reçues au centre peuvent se faire dans la langue

du patient. Cette offre est d'une grande importance à nos yeux. Il existe des gens qui n'ont jamais pu voir quelqu'un et parler de leurs difficultés du seul fait de la barrière de la langue. A la demande de médecins d'autres institutions, comme les hôpitaux universitaires par exemple, un suivi médical et psychiatrique a été assuré pour un certain nombre de patients, entre autres lors de la poursuite de mesure de mise en observation. Par ailleurs, un certain nombre de patients fréquentant le centre nécessite également un suivi sur le plan médical et/ou psychiatrique qui n'est pas assuré ailleurs.

Le centre est aussi sollicité pour des missions plus spécifiques telles que la psychomotricité, les visites en prison, la passation des tests intellectuels et psychologiques ainsi que l'élaboration et la réalisation des projets de prévention (délinquance, maltraitance, violence conjugale, abus sexuels, ...).

En général, les demandeurs sont de natures variées : les plus assidus à faire appel à nous sont les médecins traitants, les hôpitaux généralistes, les hôpitaux universitaires de Bruxelles ainsi que les maisons médicales. Mais la nature très complexe des problèmes que rencontrent nos patients fait que ces derniers sont susceptibles de nous être envoyés par les institutions et

les personnes les plus diverses : avocats, centre pour jeunes, mission locale, plannings familiaux, services psychosociaux, prison. Ainsi, le centre s'est vu de plus en plus proposer par le monde judiciaire des situations relevant à la fois de son domaine et du domaine médical. Quelques services juridiques (Tribunal de la jeunesse, service de protection de la jeunesse, service de médiation pénal) ont sollicité notre participation pour réaliser des médiations entre les membres de famille en situation conflictuelle, pour aider à résoudre les problèmes de maltraitance, pour canaliser les débordements pathologiques (liés à la fugue, à la toxicomanie...), ... Le centre se charge alors de convoquer les personnes concernées et de réfléchir avec elles sur leurs problèmes et propose les pistes de travail qui lui semble adéquates pour apaiser tensions et conflits. Outre ces origines, le centre reçoit des demandes effectuées par des personnes ayant pris connaissance de son existence, d'une façon spontanée.

## Le travail avec les enfants

Les demandes de suivi ou de bilan ne cessent d'augmenter. Cela nous pose problème vu les moyens dont nous disposons, c'est-à-dire une équipe très restreinte et un matériel réduit.

Les demandes nous parviennent par l'intermédiaire des écoles, des intervenants qui travaillent avec les enfants, des professionnels de la santé ou encore par l'initiative spontanée des parents ou de la famille.

D'autres services de santé mentale qui, soit ne sentent pas aptes à répondre de manière adéquate à la demande compte tenu de son contexte culturel, soit sont débordés par les demandes, nous renvoient très régulièrement des patients. Les enfants reçus dans notre service ont généralement entre deux et treize ans environ. Ils sont originaires de différents pays. Ils sont nés ici, avec des parents d'origines diverses, ou sont arrivés en Belgique parce que leur famille a immigré dans notre pays.

Ces enfants parlent des langues diverses, ce qui nécessite des médiateurs connaissant aussi bien ces langues que le contexte culturel dans lequel elles sont utilisées.

Après les entretiens préliminaires, différentes propositions peuvent être faites aux enfants et





à leurs familles. Soit il est proposé une guidance familiale avec l'enfant et sa famille. Soit un suivi psychologique individuel de l'enfant. Soit un bilan et une évaluation : demande d'un avis suite à l'observation de l'enfant et entretiens avec les parents.

D'autres demandes proviennent du Tribunal de la jeunesse. Ces enfants sont alors vus soit dans le cadre d'un examen médico-psychologique demandé par le juge de la Jeunesse, soit quand ce dernier a demandé une guidance familiale. Il arrive également qu'il soit proposé à l'enfant un traitement logopédique compte tenu de la problématique présentée.

## Le travail avec les réfugiés

Les réfugiés ont toutes les raisons du monde de ne pas aller bien suite à ce qu'ils ont vécu (dans leur pays d'origine et lors des conditions de voyage vers la Belgique) mais aussi suite à ce qu'ils vivent en Belgique même : accueil, conditions de logement et de séjour souvent pénibles, menace d'expulsion, ...

Même si différents désordres mentaux sont présents comme les troubles post-traumatiques, les troubles de la personnalité, les dépendances aux produits, les troubles psychosomatiques, les tentatives de suicide, ... les réfugiés n'ont souvent pas le temps de se poser de questions sur leur santé, ils ont généralement besoin de s'installer avant de penser à ce qu'ils ont vécu et à leur traumatisme. D'autre part, les « pys » ne font pas souvent partie de la culture des réfugiés. L'école et les centres PMS sont alors souvent une porte d'entrée pour une prise en charge psychologique ultérieure.

La prise en charge thérapeutique peut se présenter sous différentes formes. Les psychothérapies individuelles et les suivis médicaux peuvent se réaliser dans la langue du patient, en tenant compte du fait que certains réfugiés peuvent souhaiter un « psy » de leur culture alors que d'autres pas. Les consultations d'ethnopsychiatrie, de par notamment leur concept de groupe et de par la possibilité de parler la langue maternelle du réfugié, peuvent lui permettre de se repérer entre « le même » et « l'autre » (ce concept a trait aux cultures semblables et différentes présentes dans le

groupe). De plus, l'inter-culturalité de l'équipe, le caractère pluridisciplinaire, l'adhésion à un groupe peuvent récréer un sentiment d'appartenance. La prise en charge thérapeutique ne doit cependant pas se substituer à l'action proprement dite. Ainsi, une mère angoissée pour ses enfants restés au pays, peut avoir surtout besoin de leurs nouvelles. De même, l'organisation d'un bénévolat peut conforter une dimension d'utilité et donc de valorisation.

La prudence s'impose lors de la prise en charge des enfants et des mineurs, notamment en ce qui concerne un risque de disqualification du rôle des parents et en ce qui concerne un risque de « diagnostic trop rapide » de maltraitance (situations vécues comme saines dans certaines cultures).

D'autres complications peuvent survenir lors de la prise en charge de réfugiés. Certaines d'entre elles ne sont pas propres à ceux-ci mais aux immigrés de manière plus générale. En effet, la barrière linguistique, même en présence d'un interprète, complique l'étape du diagnostic et celle du consentement du patient.

Les professionnels de la santé sont aussi et souvent mis à mal lors de la menace d'expulsion, problème touchant plus particulièrement les réfugiés. Ces menaces ont un impact direct sur la prise en charge psychologique : les réfugiés n'ont en effet pas intérêt à aller mieux.

Par ailleurs, comment expliquer le nombre croissant de demandeurs d'asile qui s'adressent au centre D'Ici et D'Ailleurs ?

Bien sûr, il y a la proximité du « Petit-Château », la spécificité de l'équipe du centre... mais il y a toutes les modifications apportées aux lois qui portent sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement de l'étranger, lois dont l'objectif essentiel est le contrôle drastique des flux migratoires. Aujourd'hui, le demandeur d'asile ne reçoit plus d'aide financière, a l'obligation de se domicilier dans un centre d'accueil agréé, doit s'inscrire obligatoirement au CPAS désigné, ... Tous ces dispositifs astreignants visent à dissuader la demande d'asile et ont comme corollaire une présence accrue des intervenants sociaux dans la prise en charge des demandeurs.

Certains demandeurs d'asile, parce qu'ils ont trop investi dans des rêves et quelques fois des projets dans l'exil, craquent et tombent malades.

Et être malade reste parfois pour eux le dernier et ultime recours pour retarder ou éviter la reconduite aux frontières ou l'expulsion.

En quittant son pays dans des circonstances toujours difficiles et pénibles, et parfois tragiques, le demandeur d'asile pense et espère qu'il sera « bien » accueilli ou tout au moins « mieux » traité qu'il ne l'a été chez lui.

---

### Le Groupe Album

Le Groupe Album est le fruit d'une collaboration avec l'association *Le Foyer* responsable d'une formation de médiatrice en santé (professionnels trait d'union entre le corps médical et les patients immigrés).

Le projet part du constat que les personnes en formation – toutes issues de l'immigration – sont à la fois pleine d'énergie créatrice mais également face à des difficultés dans lesquelles le lien entre cette fonction et leur propre histoire peuvent les nouer. À titre d'exemple :

- A qui être loyal : à ma culture d'origine et à ses étiologies et traitements traditionnels ou au système de soins de santé occidental ? ;
- Comment prendre place dans le corps médical et contribuer à la compliance au traitement sans être submergé par des sentiments de réparation, consolation ou dépassé par des demandes impossibles ? ;
- Quelle place cette fonction peut-elle prendre dans ma vie familiale, mon couple, ma lignée ?

C'est pour ces raisons qu'un groupe s'est constitué en septembre 1999 avec pour objectifs de permettre à chaque participant de rencontrer ses racines, souvenirs, sentiments... afin d'être plus au clair avec lui-même et avec ce qu'il souhaite partager, transmettre, ... avec la place qu'il souhaite prendre sur les plans professionnel, social, ...

Afin d'aborder concrètement tous ces aspects, le groupe travaille sur base de la thématique de l'album de famille. Chacun y met ce qu'il souhaite : la photo d'un grand-parent ou du village natal, un dessin, un texte relatant une anecdote, un sachet contenant des épices ou du sable, une recette de cuisine, une prière, un conte, une fleur séchée...

Étymologiquement, un album est un tableau

blanc, la page vierge sur laquelle je vais inscrire mes premiers pas. Je me construis au fur et à mesure que je m'inscris. Chaque participant partage avec les autres membres du groupe les pages qu'il souhaite.

Sur le plan méthodologique, le travail est effectué en alliant ethnopsychiatrie et psychodrame :

- L'ethnopsychiatrie fait le pont entre les aspects intra-psychiques, familiaux (au sens large) et culturels.
- Le psychodrame, grâce à la mise en situation et aux jeux, offre une manière dynamique d'aborder les difficultés, sans nécessairement recourir à des verbalisations sophistiquées.

---

### La Marelle, maison ouverte

Trois membres de l'équipe participent aux réunions du groupe qui a créé l'association *La Marelle*, groupe constitué de participants venant du centre de guidance de Molenbeek, de la maison médicale Norman Bethune, du centre de santé mentale *Le Prologue*, du centre de santé mentale *Le Norois* ainsi que du centre D'Ici et D'Ailleurs. Le travail a abouti à la création d'un lieu d'accueil de l'enfant (de zéro à trois ans) accompagné d'un adulte qu'il connaît, inspiré du modèle de la *Maison verte* créée à Paris par Françoise Dolto. L'installation de ce lieu d'accueil s'est fait dans le nord-ouest de Bruxelles (rue F. Mus, au coin de la rue Jean Dubrucq). Cela implique des réunions régulières et la délégation de deux personnes pour cinq heures par semaine. Le centre D'Ici et D'Ailleurs est probablement la seule institution participante qui peut proposer des accueillants parlant une autre langue que le français (arabe, turc, ...), ce qui permet l'accueil de parents originaires d'ailleurs dans ce lieu d'accueil.

---

### Travail en prison

A la demande de personnes incarcérées ou d'avocats, des travailleurs du centre D'Ici et D'Ailleurs se rendent en prison pour rencontrer les personnes incarcérées.

Cela peut être une demande de suivi individuel mais aussi une demande d'expertise suite à une mise sous le statut de la défense sociale. Il arrive





en effet régulièrement que des patients soient sous le régime de défense sociale, souvent depuis un temps assez long et dépassant largement le temps d'emprisonnement qu'ils pouvaient encourir suite à leur délit. Ils souhaitent sortir de « l'article 21 » et demandent donc un rapport d'expertise confirmant leur « non-dangerosité ». Il s'agit le plus souvent de patients d'origine étrangère, dont les symptômes sont interprétés sans tenir compte du moindre décodage culturel.

## Rendre pensable un espace interculturel

Lorsque l'on migre, on se déplace aussi avec sa culture. Tout migrant transporte avec lui les éléments symboliques et des schèmes comportementaux qui ont servi à la construction de sa personne. Et si la phase d'adaptation et d'insertion requiert un deuil de certains éléments de l'ancien milieu, il reste un fond sur lequel le migrant se base pour créer une nouvelle homéostasie.

Dans le domaine médico-psychologique, la littérature pointe largement les complications relatives à la rencontre avec des patients migrants présentant le plus souvent des manifestations pathologiques qui, parce que conformes à leurs représentations culturelles, ne s'insèrent qu'avec difficulté dans les cadres nosographiques et thérapeutiques scientifiques. Au centre D'ici et D'Ailleurs, nous tentons de prendre en compte cette difficulté, dans un dispositif thérapeutique conçu pour qu'elle puisse s'exprimer. L'idée qui préside à une telle démarche se ramène à ceci : les migrants ne viennent pas en effet de nulle part, ils ont, au contraire, un passé, une histoire, un savoir. Pour « soigner » il est nécessaire de tenir compte ses étiologies relatives au « malheur » et à la maladie, à l'extrême diversité de ses systèmes thérapeutiques, de ses structures familiales, aux statuts des femmes, des hommes et des enfants, mais aussi à ses mythes fondateurs, son monde, la destinée de ses morts.

Quand on fait surgir ce matériel, c'est aussi tout le cadre social et culturel dans lequel le patient s'est structuré en tant que personne et en tant que membre d'une famille que nous revivifions. La diversité des langues, des techniques, des

coutumes, des religions, des manières de vivre au quotidien forme une mosaïque de cultures. Chacune représente sa singularité et celles des autres au moyen de représentations culturelles. Les cultures sont vivantes. Elles se croisent, se modifient et s'influencent. Cette mosaïque est une richesse universelle dans laquelle chaque être humain peut se reconnaître.

Notre objectif est d'apporter une aide psychologique aux personnes dont les difficultés sont liées à l'acculturation ou s'expriment au travers leur monde culturel. L'acte migratoire prend différentes formes mais les personnes que nous rencontrons souffrent toujours d'une manière ou d'une autre de cette difficulté à puiser dans le trésor de leurs représentations collectives et à créer un espace d'acculturation favorable à l'intégration, celle-ci étant entendue comme une capacité de se référer à une culture d'origine et à une culture d'accueil. Ce que nous proposons est simple, mais combien indispensable : introduire et faire travailler par l'évocation et le récit les jeux de représentations culturelles ; non seulement celles des consultants et celle de la culture d'accueil mais d'autres encore. Ces dernières fonctionnent alors comme tiers avec le bénéficiaire de rendre pensable, représentable un espace interculturel et humain transitionnel permettant une élaboration psychique. ●

# APOMSA\*

**Bencheikh Kébir,**  
président de  
l'asbl.

.....  
*Les populations d'origine étrangères  
sont parfaitement capables de prendre  
leurs problèmes en charge.*  
 .....

En mai 2001, un contrôle policier musclé déclenche la révolte des jeunes du quartier Saint-Antoine (Forest, Bruxelles) en majorité d'origine marocaine. Pendant trois jours, la police n'a pu su maîtriser la situation. C'est alors que des parents marocains ont décidé de prendre les choses en main. Il s'en est suivi un dialogue avec les jeunes du quartier, la pacification s'est déroulée sans encombre et en dehors de la présence policière débordée et incongrue car perçue, étant donné son comportement, comme une provocation. Ce succès par la prise de responsabilité des parents a suscité une prise de conscience chez ces derniers. Un groupe de parents s'est réuni afin d'analyser les causes des problèmes inhérents au quartier.

Un bilan a été dressé sans complaisance :

- démission des parents ;
- échec voire décrochage scolaire ;
- analphabétisme chez certains parents ;
- sentiments d'abandon des familles en difficultés ;

\* Association de  
personnes  
d'origine  
maghrébines de  
saint-Antoine

- quasi-absence du dialogue entre les parents et le corps enseignants ;
- Absence de soutien aux parents dans leurs missions éducatives ;
- Absence d'encadrement des élèves en difficultés.

Certains parents déjà actifs dans le monde associatif ont proposé la création d'une association qui prendra en charge la problématique et tentera par différentes actions d'apporter des réponses.

C'est ainsi que l'APOMSA a été constituée avec pour mission première de prendre à bras le corps la problématique du mal-vivre, bombe à retardement prête à exploser sous le moindre prétexte.

Le rôle que s'est donnée l'APOMSA est d'agir à différents niveaux pour prévenir tout débordement en s'attaquant à la racine du mal :

- L'absence de dialogue entre les autorités et les habitants ;
- L'absence d'encadrement des jeunes ;
- L'absence de représentants des parents auprès des corps enseignants ;
- L'échec et le décrochage scolaire.

Aujourd'hui l'APOMSA a douze ans d'âge, pétrie d'expérience et consciente du rôle qu'elle a joué, elle compte continuer à œuvrer pour la promotion du dialogue citoyen et la responsabilisation des parents et des jeunes face aux droits et devoirs de chacun.

Grâce au fonctionnement démocratique qu'elle développe, l'APOMSA a su multiplier ses activités et obtenir des résultats notamment l'école des devoirs, les cours de rattrapages, la ludothèque, l'atelier théâtre, concours de dessin ainsi que les visites de musées et les sorties pédagogiques. En outre l'APOMSA coordonne ses actions avec les autres associations du quartier. Aujourd'hui l'APOMSA est victime de son succès, la demande va grandissante et les moyens logistiques restent limités, nous sommes forcés de refuser des inscriptions. Les membres actifs sont des bénévoles qui exercent d'autres activités professionnelles, nous ne disposons d'aucun staff permanent !

L'initiative de la création de l'APOMSA a fait des émules : Anderlecht, Saint-Gilles, Tubize, etc., ont vu naître les mêmes associations avec le même projet. ●



**Mots clés :**  
cultures et  
santé



# Une mission au Maroc

.....

*Dans le cadre de la commission mixte Wallonie-Bruxelles/Maroc, une mission exploratoire s'est déroulée au Maroc du 31 mars 2001 au 6 avril 2001, articulée autour de deux axes : ville et santé, et santé mentale. L'auteur décrit le système de santé marocain et ses difficultés et analyse les deux axes du projet.*

.....

Le système sanitaire marocain se concrétise dans le cadre du plan de développement sanitaire.

1960-1964 : L'accent est mis sur le développement de la prévention et la formation professionnelle : renforcement des groupes sanitaires mobiles, des services d'hygiène scolaire (ruraux et urbains), des dispensaires urbains. Au niveau hospitalier, le plan visait à l'achèvement des hôpitaux en chantier, la modernisation et la construction de certains hôpitaux.

1965-1967 : Les principaux axes d'action ont porté sur la prévention, le curatif, la mobilité du personnel et la lutte contre les fléaux sociaux. Le plan visait la poursuite de la lutte contre les maladies transmissibles, la protection des habitants contre les nuisances du milieu et à inciter les habitants à participer à l'amélioration de leur santé.

1968-1972 : Cette période est caractérisée par une accentuation de la formation du personnel médical et paramédical, la maintenance du patrimoine hospitalier ainsi que le développement des réseaux de diagnostic et de soins ambulatoires et de prévention, tant en milieu urbain que rural. L'intégration de la planification familiale constitue l'innovation du plan national en cette période.

1972-1977 : L'effort porte sur le développement et la normalisation de l'infrastructure sanitaire aux échelons de zone, de province et de région.

1978-1980 : L'un des objectifs du Plan vise à mieux préparer les médecins aux besoins de santé publique, à accentuer la formation du personnel paramédical, à rentabiliser au niveau hospitalier la rotation lit/malade (écourter les durées moyennes de séjour) et à moderniser la gestion.

1981-1985 : La politique de santé s'inscrit dans le cadre des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé sur l'objectif « santé pour tous » auxquelles le Maroc a souscrit. De ce fait, elle a accordé plus d'attention aux soins de santé primaires comme stratégie fondamentale de l'action sanitaire. Cette période a été également marquée par la consolidation du processus de démocratisation du pays, par une volonté

**Thierry Lahaye,**  
service santé de  
la commission  
communautaire  
française

## Le système de santé au Maroc

Le système de santé au Maroc s'articule autour de trois secteurs :

- Un secteur public qui réunit le service de santé des forces armées et les structures du Ministère de la Santé Publique. Celles-ci développent des activités curatives, de prévention et de promotion de la santé, à travers deux réseaux : le réseau de soins de santé de base (dispensaire rural, centre de santé communal, hôpital local, centre de santé urbain), et le réseau hospitalier hiérarchisé en trois niveaux d'intervention : la polyclinique de santé publique et le centre hospitalier provincial, le centre hospitalier régional, le centre hospitalier universitaire ;
- Un secteur privé à but lucratif (libéral), concentré dans les villes en raison de la proximité d'une demande substantielle et solvable. La médecine privée et libérale occupe une place importante dans le champ médical marocain et cela, malgré sa faible importance.
- Un secteur privé à but non lucratif qui comprend les établissements de Caisse nationale de sécurité sociale et les établissements mutualistes.

**Mots clés :**  
cultures et  
santé

politique de plus en plus forte de jouer un rôle actif dans la planification et la gestion des services de santé.

1988-1992 : Le plan national s'est attaché à l'achèvement des projets entamés et à la maintenance des unités en dégradation. L'accent est mis sur le développement des soins de santé de base et des programmes sanitaires visant la rééducation de la mortalité infantile, l'espace-ment des naissances, et l'amélioration de l'état nutritionnel des mères et des enfants. Cette période a été marquée par l'acuité de la problématique de gestion et de financement du secteur de la santé.

1992-2000 : La politique sanitaire du pays s'est orientée vers :

- la réorganisation du système de la santé, avec implication du secteur privé ;
- l'extension de la couverture sanitaire ;
- l'adaptation de la formation du personnel de santé ;
- la mise en place de mécanismes de financement, des facilités de soins ;
- le renforcement des actions d'amélioration de la gestion des services de santé ;
- le renforcement de la technologie médicale ;
- le développement de la recherche en santé ;
- l'instauration d'une participation effective des collectivités locales ;
- le développement de la collaboration intersectorielle.

2000-2004 : Pour cette période, le Maroc s'est fixé les objectifs suivants :

- renforcer la prévention par la voie des interventions de la santé publique, en particulier par l'accroissement des prestations prévues dans les programmes de santé maternelle et infantile et de lutte contre les maladies.
- améliorer la couverture sanitaire par l'offre de soins et corriger les iniquités régionales et provinciales ;
- mettre en place un système de financement à travers l'extension de l'assurance-maladie et d'un mécanisme institutionnel pour la prise en charge des économiquement faibles ;
- mettre en oeuvre la réforme de la gestion hospitalière comme vecteur de la politique de maîtrise des coûts, de mobilisation et

de rationalisation des ressources ;

- appliquer une politique du médicament socialement efficiente ;
- mettre en place les directions régionales de services de santé et procéder au redéploiement des ressources ;
- revaloriser et remobiliser les ressources humaines.

---

### **Les problèmes du système de santé marocain**

Le système de santé marocain doit non seulement faire face aux problèmes sanitaires caractérisant les pays en développement, mais s'occuper également des problèmes sanitaires émergent ou réémergent caractérisant les pays industrialisés.

En effet, malgré le recul des maladies transmissibles, elles représentent toujours une charge importante en terme d'actions de prévention et de lutte. A leur tour, les maladies non transmissibles, les accidents et traumatismes pèsent sur le système de soins, en particulier sur l'hôpital puisque c'est à ce niveau qu'ils sont généralement pris en charge.

Une étude réalisée sur la charge de morbidité globale à partir des causes de décès déclarés en 1992 a estimé que les années de vie perdue en raison d'un décès prématuré sont causées principalement par les affections d'origine périnatale, les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies de l'appareil circulatoire, les traumatismes et les tumeurs malignes.

Les problèmes posés par la santé de la mère et de l'enfant au Maroc demeurent préoccupants en dépit des améliorations constatées depuis plusieurs années. Les indicateurs cités dans le tableau ci-dessous permettent de mesurer l'ampleur de ces problèmes.

Ce tableau met également en exergue les écarts importants qui subsistent entre les milieux urbain et rural. Ces écarts peuvent être expliqués en partie par les iniquités de l'offre et de l'accès aux soins qui demeurent très manifestes. En dépit des efforts entrepris, les populations rurales ont toujours un accès difficile aux établissements de soins.



INDICATEURS	URBAIN	RURAL	TOTAL
Indice synthétique de Fécondité <sup>1</sup>	2.3	4.1	3.1
Taux de natalité (pour mille) <sup>2</sup>	20.7	26.9	23.6
Taux de mortalité (pour mille) <sup>2</sup>	5.1	8.1	6.5
Taux d'accroissement naturel (pour cent) <sup>2</sup>	1.6	1.9	1.7
Quotient de mortalité infantile (pour mille) <sup>1</sup>	23.8	46.1	36.6
Quotient de mortalité juvénile (pour mille) <sup>1</sup>	6.1	15.1	9.8
Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour mille) <sup>1</sup>	29.9	61.1	45.8
Taux de mortalité néonatale (pour mille) <sup>1</sup>	15.1	22.1	19.7
Taux de mortalité maternelle, pour 100.000 naissances <sup>1</sup>	125	307	228

(1) Ministère de la santé (1997), Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant, Rabat.  
 (2) CERED, Projection de la population : 1994 – 2014, Rabat.

Tableau : Quelques indicateurs de santé

La difficulté d'accès de la population rurale aux soins constitue encore une insuffisance majeure du système. En effet, les données concernant la couverture de la population rurale par les établissements de soins de santé de base appréciables par rayon kilométrique montrent que les distances entre la population et les formations sanitaires sont importantes. En 1996, près de 31 % de cette population éloignée est sensée être couverte par un mode mobile qui a été mis en place pour compléter la couverture par le mode fixe. Cependant, les performances de ce mode mobile en terme de couverture et de contribution à l'offre de soins sont faibles, si bien que l'on peut dire qu'une grande proportion de la population rurale n'a que très peu accès aux soins.

De surcroît, la population rurale accède plus difficilement aux soins hospitaliers, seulement le quart des nuitées de l'hôpital public sont consommées par celle-ci. Cette situation est due en partie au faible développement des petits hôpitaux intermédiaires type polyclinique de santé publique. Le problème d'accès est d'autant plus aigu que le ministère de la Santé est pratiquement le seul prestataire de soins présent en milieu rural.

En effet, l'encadrement par les cabinets de consultation privés, montrant un fossé entre l'urbain et le rural (un cabinet pour 95.418 habitants en rural contre un pour 4.354 en urbain), est à l'origine d'un grand déséquilibre entre les deux milieux dans l'encadrement médical global. S'ajoute à cela le problème de l'accès aux médicaments vu l'insuffisance quantitative de pharmacies et de dépôts de médicaments en milieu rural (un dépôt pour 46.000 habitants).

Le financement du système de santé marocain rencontre une série de problèmes et notamment :

- Le budget alloué au Ministère de la santé est faible (moins de 5 % du budget général de l'État et 1,1 % du revenu national) et reste dominé par les salaires (58 % du budget global en 1998/99) alors que les fonds mobilisés dans le cadre de la coopération se réduisent de plus en plus.
- La répartition de ce budget entre les divers niveaux de santé est inégale et favorise le réseau hospitalier au détriment de la santé primaire.
- Le taux de recouvrement des coûts des prestations fournies par les hôpitaux publics est très faible (moins de 15 %).
- La consommation médicale et la dépense globale de santé (qui représente à peine 4 % du produit intérieur brut - PIB) sont modestes.
- La solidarité institutionnalisée est réduite : la couverture de l'assurance-maladie demeure faible. Celle-ci assure près de 19 % de la dépense globale de santé et couvre à peine 15 % de la population totale. Quant à la prise en charge médicale institutionnelle des économiquement faibles, elle est inexistante.
- La participation très élevée des ménages au financement de la consommation médicale, dans un contexte de faiblesse de revenu et de cherté des soins et des biens médicaux, induit des problèmes d'accessibilité économique aux services de santé. A titre illustratif, le coût moyen d'une ordonnance avoisine 150 Dirhams, soit près de 19 heures de travail rémunérées au SMIG (salaire minimum) ou 1,3 % du produit intérieur brut per capita en 1997.

*Bibliographie :*  
 Le système sanitaire au Maroc, Docteur Abderrahmane Didouh, 2000  
 L'Economie de la santé, Mamoun Lahbabi, Ed. Espace-santé – 1997.

## Crise en milieu urbain et santé

Migration, redistribution spatiale des populations et urbanisation affectent la structure démographique du Maroc. En regardant de près les villes marocaines, on voit un système urbain marqué par la concentration.

Celle-ci résulte d'un processus accéléré d'exode rural aggravant le déséquilibre entre la ville et la campagne. La croissance urbaine au Maroc poursuit un mouvement accéléré. La population est passée de 11,5 millions en 1960 à 30 millions aujourd'hui. Plus de la moitié a moins de trente ans. Les villes absorbent plus de 450.000 nouveaux arrivants des campagnes et davantage en période de sécheresse. Elles ont vu le nombre de leurs habitants multipliés par quatre. Plus de 55 % de la population y habite désormais.

Le résultat est lourd de risques graves pour la ville :

- urbanisation anarchique ;
- prolifération des bidonvilles (850.000 personnes sont entassées dans près de 1000 bidonvilles répartis à travers le pays) ;
- multiplication d'ensembles immobiliers qui altèrent et défigurent le paysage ;
- sous équipement des petites et moyennes villes mais aussi des campagnes ;
- pollution de l'environnement ;
- précarisation des conditions de vie. Actuellement, au Maroc, 4 millions de personnes vivent avec 225 dirhams (moins de 30 euros) par mois ; 13 % vivent en dessous du seuil de pauvreté, 35 % vivent privés d'eau potable, 38 % n'ont pas accès au service de santé et 42 % à l'assainissement ;
- dégradation des médinas

Les médinas marocaines constituent un patrimoine historique et culturel de grande valeur. Elles constituent un espace significatif de l'ossature et de la dynamique de la ville globale. Elles sont le signe le plus manifeste de la civilisation passée. En ce sens, elles sont un élément central de l'identité de la ville. Elles représentent aujourd'hui par leur dégradation, la paupérisation des populations qui y vivent, le signe d'une transition ratée vers la modernité.

Lors des visites des médinas de Rabat et de Mekhnès, j'ai pu observer :

- la sur-densification du tissu urbain ;
- la perte de l'organisation socio-spatiale qui n'est plus qu'un souvenir pittoresque ;
- la paupérisation des populations ;
- l'insuffisance des équipements socio-culturels ;
- le manque d'espaces verts.

Les problèmes énumérés ci-dessus proviennent, à mon avis, que l'on a peu réfléchi à une politique de développement rural et à un aménagement plus harmonieux des nouveaux centres urbains créés sous la pression et l'anarchie.

Les problèmes de la ville ne sont que le prolongement naturel des problèmes de la campagne. Ils résultent d'un déséquilibre entre l'urbain et le rural.

Le résultat est désastreux : déstructuration urbaine, désorganisation des activités et des services, sous emploi, habitat insalubre, gonflement du secteur informel, confrontation entre plusieurs systèmes de valeurs et de référentiels nourris de réalités économiques et culturelles différentes et conduisent à l'éclatement des solidarités.

La ville est devenue dans une large mesure un espace d'acculturation et de déracinement. Les sociologues parlent d'un déficit chronique d'urbanité.

L'urbanisation produit des dysfonctionnements de plusieurs ordres :

### • sur le plan économique

Elle n'a pas été accompagnée d'un développement parallèle des bases économiques des villes, ni d'un réseau de structures commerciales et industrielles susceptibles d'offrir des emplois et de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la population.

Les activités dominantes en ville sont surtout de consommation (vente, réparation, contrebande, ...) ou de spéculation (immobilier, terrains, ...)

### • sur le plan social

Les effets de l'urbanisation sont inquiétants. La pauvreté et la marginalité sont devenues les signes ostentatoires et les plus visibles dans la ville.

### • sur le plan culturel

La ville est multiple. Elle est éclatée en plu-



sieurs espaces et en plusieurs systèmes de valeurs. La stratification urbaine de la ville reproduit la stratification sociale en terme de répartition d'espaces, de quartiers, des habitants et des équipements.

### **Le danger :**

Les institutions opérant dans la ville sont largement décrédibilisées dans leur capacité à changer les choses, car elles ne savent plus gérer l'urgence, pallier aux risques, piloter les actions, gérer efficacement les ressources financières et humaines, répondre aux sollicitations des citoyens.

Les facteurs physiques, économiques, sociaux et culturels ont une grande influence sur la santé. La crise urbaine a un effet néfaste sur la santé : cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, toxicomanie, SIDA, ...

Les migrations accélérées vers la ville font souvent éclater les structures familiales et les réseaux d'entraide.

Un grand nombre de facteurs ayant une incidence sur la santé sont régis par des règles, règlements et lois découlant de la politique suivie en matière d'urbanisme. Le logement, l'approvisionnement en eau potable, la prévention de la pollution de l'air et de l'eau, la lutte contre les maladies transmissibles, ... en sont des exemples typiques.

Avec les services sanitaires, les attitudes culturelles, la situation de l'emploi et le niveau des revenus, ces facteurs déterminent en grande partie l'état de santé de la population.

### *Bibliographie :*

L'État et les quartiers populaires au Maroc, A. Abouhani, La ville et l'Espace urbain, *Bulletin économique et social du Maroc* n° 147 – 148.

## **Les Villes-Santé au Maroc**

La ville constitue un des échelons privilégiés pour mettre en oeuvre une stratégie de santé. C'est à cette échelle que peuvent en effet être établies une approche multisectorielle et territorialisée des problèmes de santé appuyée sur la confrontation des différents acteurs intervenant dans ce domaine professionnel de la santé ou non et la prise en compte des besoins et des demandes de la population.

### ● **Le programme Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé**

Le programme de l'Organisation mondiale de la santé vise à regrouper les responsables politiques, la société civile et les habitants pour les faire participer à un effort collectif, intersectoriel et communautaire, axé sur la réalisation de l'objectif de la santé pour tous au niveau local.

Une ville en bonne santé intègre l'importance de la santé dans son plan de développement et met tout en oeuvre pour l'améliorer.

Les approches intégrées des Villes-Santé Organisation mondiale de la santé reposent sur certains principes.

1. Ce sont des approches globales qui prennent en compte la diversité et la complexité des processus de transformation en cours dans la société. A titre indicatif, l'amélioration de l'habitat n'est pas qu'une affaire de techniques et de financement, elle suppose une analyse précise des attentes des habitants et doit viser à un changement de l'image de la ville. Toutes les actions développées dans le cadre d'un projet Ville-Santé sont entrelacées et doivent être mises en synergie pour produire plus d'effets que leur simple mise en oeuvre isolée.

2. Ce sont des approches transversales et interpartenariales. Les approches intégrées ont pour objectif de faire travailler ensemble des acteurs qui jusqu'à présent s'ignoraient, de modifier leurs manières de penser et d'agir voire de promouvoir une rénovation des systèmes de gestion plus adaptés à la complexité des problèmes rencontrés. Ce partenariat doit être construit avec les habitants, les partenaires les plus concernés par les programmes mis en oeuvre.

3. Ce sont des projets concrets qui favorisent la réussite des approches intégrées. L'élaboration de projets en commun par les différents partenaires, dont les habitants, permet une mobilisation constructive capable de favoriser le dynamisme d'une ville. Elle suppose d'accorder beaucoup d'attention à la durée et aux rythmes des transformations, tant il est vrai que le rythme d'intervention n'est pas le même pour les mandataires politiques et les services que pour les habitants. Elle permet en outre de

● **Le programme Mekhnès**

Quatre villes participent au programme Villes-Santé au Maroc : Agadir, Meknes, Settat, Mohammedia. Lors de la mission, j'ai pu visiter la ville de Mekhnès et rencontrer quelques partenaires du projet Ville-Santé.

Située à 552 m d'altitude, le plateau de Mekhnès se présente comme un carrefour de routes, une zone de transition entre le moyen Atlas et la plaine de Sebou. Le climat de Mekhnès est semi-continental de type méditerranéen avec un hiver pluvieux et un été chaud et sec. L'agglomération urbaine de Mekhnès compte ± 500.000 habitants.

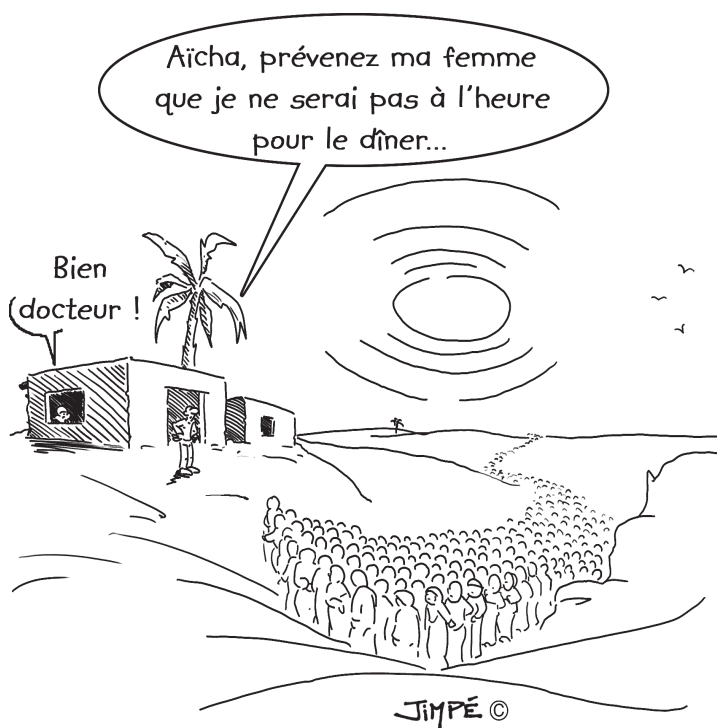
Contrairement à d'autres villes du Maroc, la croissance démographique stagne. Ceci serait dû à la réduction du mouvement migratoire du rural vers l'urbain.

Les principaux facteurs de risques pour la santé sont :

- insuffisance de terrains pouvant être urbanisés avec pour conséquence la spéculation financière et l'augmentation de la taille des ménages vivant sous un même toit ;
- manque d'infrastructures socio-éducatives pour les jeunes ;
- manque d'espaces publics ;
- endommagement croissant de l'environnement par l'intermédiaire de la pollution et en conséquence l'appauvrissement des écosystèmes ;
- difficulté à mettre en place une politique de gestion globale des déchets urbains. Ceux-ci pouvant occasionner une contamination du sol et des eaux souterraines.

A partir de la visite de Mekhnès et des contacts établis avec les personnes rencontrées, on remarque :

- l'absence d'un coordinateur chargé d'assurer la continuité et le suivi nécessaire pour traduire les décisions en actions concrètes ;  
Quelles seraient les missions du coordinateur ?
- Renouer le dialogue avec les habitants, identifier leurs demandes et leurs difficultés, être à l'écoute de leurs spécificités.  
Constituer les habitants en interlocuteurs, construire les conditions du dialogue,



dépasser la logique de la spirale des revendications disparates se traduisant bien souvent par un gaspillage de subventions (logique de clientélisme) et de lutter contre la logique de l'assistance en formant les habitants à la prise en charge de leurs problèmes et de la gestion de leur ville. La pratique du projet est une propédeutique de la citoyenneté. Ce sont des contrats entre les différents partenaires qui s'engagent sur des objectifs précis et selon un échéancier de réalisation qui crédibilisent le programme envisagé.





identifier les demandes est le premier rôle du coordinateur.

- Mobiliser les acteurs de la gestion de la ville et coordonner leurs interventions. Certains secteurs de la ville sont sous-équipés ou non administrés, ou les services rendus ne correspondent pas à la demande. Il faut que les interventions des différents acteurs techniques ou administratifs puissent se rencontrer. Le repérage, la mobilisation et la coordination des actions éparses sont indispensables : cela constitue la seconde mission du coordinateur.
- Identifier les objectifs, définir les priorités, concevoir en lien avec les services compétents le cahier des charges des actions à conduire. C'est le cœur du projet Ville-Santé : ordonner les multiples demandes, concevoir des stratégies visant à améliorer, à construire des logements pour les habitants, repenser les services, les horaires, les prestations, susciter et accompagner des projets socio-éducatifs et culturels, ... Tout ce travail de programmation, d'assistance technique, de recherche de relais financiers, d'animation, telle est la troisième mission du coordinateur.
- Assurer le suivi des réalisations et l'évaluation de ce qui a été fait au regard des objectifs de départ et des demandes de la population. C'est la dernière mission du coordinateur qui évalue les acquis, les difficultés à surmonter, les changements de cap nécessaires.  
Ces quatre missions sont au cœur de la maîtrise d'ouvrage du projet Ville-Santé. Sans ce travail pas de programme, pas de partenaires, pas de dynamique de réalisation, pas de retombées sur la population, pas de valorisation politique et sociale pour la ville.
- l'Organisation mondiale de la santé préconise la création dans les Villes-Santé d'un comité d'orientation intersectoriel qui soit chargé de la direction du projet.  
Ce comité est peu dynamique. Quelles seraient les missions de ce comité ?
  - recevoir et de donner des avis sur les demandes, propositions de projets émanant des différents acteurs participant au programme Ville-Santé en les articulant

entre elles ;

- assurer la cohérence du programme Ville-Santé ;
- évaluer et d'infléchir éventuellement les programmes d'action.
- la participation des habitants est peu développée. Et pourtant inciter les habitants à mieux se prendre en charge, à développer des comportements plus autonomes et plus responsables tant à l'échelon individuel qu'à l'échelon collectif de la ville, c'est un des principes de base du programme Organisation mondiale de la santé des Villes-Santé. Il convient de permettre aux habitants de créer un nouveau rapport, plus actif, plus responsable à leur ville, à leur environnement et à leur voisinage : en clair d'être moins assistés et un peu plus acteurs ;
- les mandataires politiques locaux se sentent peu concernés par le programme Ville-Santé ; alors qu'ils doivent être l'impulseur du projet ;
- le programme Mekhnès Ville-Santé repose essentiellement sur le dynamisme du Ministère de la santé.

---

## Le projet santé mentale

Le Maroc dispose d'un réseau de soins psychiatriques essentiellement hospitaliers. C'est entre 1920 et 1955 que plusieurs institutions psychiatriques ont été construites.

L'hôpital de Berrechid (près de l'aéroport Mohamed V à Casablanca) fut le premier fonctionnel. C'était une structure asilaire avec une grande capacité de lits (2000 à l'époque). Puis, ce fut la construction de l'hôpital psychiatrique de Tit-Mellil (région de Casablanca). Ensuite, plusieurs hôpitaux psychiatriques régionaux et de petite capacité (80 à 100 lits) ont vu le jour dans la majorité des grandes villes du Maroc : Marrakech, Oujda, Fès, Tanger, Tétouan, Mekhnès.

A partir des années 60, furent créés des services psychiatriques (10 à 30 lits) dans les hôpitaux généraux et des centres de soins ambulatoires de quartiers intégrés dans les soins de santé primaires (± 50).

Il convient également de noter l'existence :

- de 63 cabinets privés de consultation qui couvrent la majorité des villes du Maroc ;
- de 6 instituts médico-psychologiques qui s'occupent d'enfants autistes et handicapés mentaux. Ils sont gérés par des organisations non-gouvernementales et des fondations ;
- d'un centre médico-psychologique pour adolescents en difficulté à Rabat, qui s'occupe également de prévention contre les toxicomanies.

La vie associative marocaine dans le domaine de la santé mentale est riche et diversifiée. On y trouve des associations scientifiques ayant pour vocation la recherche et la formation (exemple : l'association marocaine des psychothérapeutes), des associations et ligues s'occupant de formation, de promotion de la santé mentale, de mécénat (exemple : La Ligue nationale pour la santé mentale).

La mission a permis de rencontrer divers responsables en santé mentale. Il ressort des discussions avec ces personnes que l'accord de coopération devrait porter sur :

- l'introduction d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaires. Le Maroc n'a pas les moyens financiers de soutenir la mise en place de services de santé ambulatoires spécifiques. Il préconise la formation de professionnels de santé (infirmiers, médecins) à la santé mentale communautaire.  
« La définition de la santé mentale dans une perspective communautaire accorde une importance primordiale aux interactions entre l'individu et son environnement social, culturel, économique ou politique. La santé mentale cesse d'être uniquement l'affaire de l'individu. Elle devient une ressource collective à laquelle contribuent tant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement ».
- un soutien technique à la mise en place d'équipes pédo-psychiatriques, de structures intermédiaires entre l'hospitalisation et le domicile, d'équipes mobiles chargées de mener des actions de promotion de la santé mentale à destination de populations défavorisées et ne disposant pas d'infrastructures sanitaires et sociales (essentiellement dans les

bidonvilles et les quartiers d'habitat spontané).

- l'organisation d'un colloque au Maroc sur le thème « Santé mentale et ville ». La ville fonctionne au quotidien comme le révélateur et l'amplificateur des grands problèmes sociaux, mais elle est aussi le creuset où s'élaborent la plupart des changements créateurs. Elle est un espace qui focalise et cristallise les principaux conflits et contradictions d'une société en profonde mutation : c'est à elle qu'il incombe, de plus en plus, de gérer ces transformations sociales accélérées. La mondialisation, l'exclusion, le multiculturalisme et l'affirmation ethnique, la gouvernance, l'écologie, la science et la technologie : tels sont les processus qui entraînent les transformations sociales à l'œuvre dans les villes et qui posent de nouveaux défis au champ de la santé mentale. Cet ensemble de phénomènes déterminants dans l'optique d'une gestion durable de la ville constitue le noyau dur du colloque. ●



## **Ville et santé : Le rapport de l'UNESCO**

Au cours de la rencontre mondiale sur la ville, en juin 1996 à Istanbul, Habitat II, l'UNESCO a fait dans son rapport le constat suivant :

« ... la ville a toujours été double : d'un côté, elle est le lieu des possibles, des rencontres, de la vie, de la culture, de l'innovation, de la créativité et de la citoyenneté, et puis il y a l'autre ville, celle des promiscuités subies, celle des solitudes agglomérées, celle de la misère, celle de la violence. Ces difficultés sont réelles : pollution, accumulation des déchets, insuffisance de logements et d'infrastructure, encombrement de la circulation, chômage, réclusion, tension, criminalité, insécurité, drogue ».

Après ce constat, l'UNESCO fait les recommandations suivantes :

« la vraie question est d'améliorer les conditions dans lesquelles la croissance urbaine s'effectue pour édifier des villes de paix, de démocratie et de développement ».

« La ville du XXI<sup>ème</sup> siècle doit mettre l'homme au centre des politiques publiques, réinventer le sens de la ville et penser les multiples manières de vivre ensemble... ».

« ... Il s'agit de construire la ville de l'âge démocratique, celle qui créera les conditions permettant, au profit de tous et de chacun, des idéaux d'émancipation, de liberté, d'égalité et de solidarité ».

L'idée, défendue par l'UNESCO, selon laquelle la ville pourrait être un lieu de solidarité et de citoyenneté, permet de jeter les bases d'une réflexion sur le thème la santé dans la ville. La santé dans la ville, c'est :

### SITUER

l'homme-citoyen au cœur du projet urbain, et donc rompre avec la vision unique, économiste et la standardisation comme seul vecteur de l'harmonie.

### S'APPROPRIER

la ville à travers un processus de transformation et de maturation, et donc faire de la ville un territoire de désir(s) partagé(s) par tous ses habitants.

### TISSER

et retisser des liens sociaux, source de citoyenneté, et donc renouer avec un vouloir vivre ensemble dans la ville.

### METISSER

les cultures, notre diversité créative, et donc inventer une ville multiculturelle, bouillon de culture et vecteur de tolérance.

### S'ENRACINER

dans le territoire urbain, et donc renouer avec la mémoire collective de la ville.

### S'ENGAGER

à construire une ville démocratique du XXI<sup>ème</sup> siècle, territoire de la solidarité et de la citoyenneté en action.

# Une mémoire pour demain

**Axel Hoffman,**  
médecin  
généraliste à la  
maison médicale  
Norman Bethune.

« Elle admirait Bruxelles la nuit, puis elle  
continua à penser tout haut :  
- C'est comme une belle femme triste qui  
aurait mis une robe scintillante.  
- Qui ?  
- Bruxelles »

J'ignore pourquoi, au moment de refermer ce cahier, ces quelques lignes de Leila Houari me tournent dans la tête. Serait-ce que le regard de l'autre posé sur ma ville la fait nôtre ? Sans doute est-ce là une des lignes de force de ce cahier : faire nôtre, à nous tous, marocains et belges et tous ceux qui sont destinés à vivre dans ce pays, les problématiques du vivre ensemble. Problématiques que, professionnellement, nous envisageons sous l'angle de la santé, une santé... conjuguee.

Il n'est pas rare qu'on interroge les soignants sur « les maladies des immigrés ». Question irritante, à laquelle j'ai envie de répondre qu'ils ont mal aux dents et le nez qui coule en hiver. Comme tout le monde. Et c'est vrai. Mais ce n'est pas tout à fait vrai. Beaucoup souffrent aussi de la bêtise, de l'incompréhension, des regards dénigrant ou apitoyés. Beaucoup souffrent du chômage, de la dégradation de l'enseignement, des quartiers déshérités ou des paradis artificiels. Et beaucoup vont bien. Si des différences épidémiologiques peuvent être mises en évidence, comme le faisait remarquer Myriam De Spigelaere, c'est surtout dans les cahots du socio-économique, dans le périple des histoires et les fractures identitaires que s'enracinent les problèmes de santé, ainsi que l'ont montré les différents orateurs du Forum. D'où l'importance d'une manifestation comme l'EMIM.

Car, je cite Hassan Bousseta, sociologue à l'université de Liège : « *La volonté de se construire une mémoire chez les Marocains en Belgique se fait dans un contexte où la présence marocaine pose problème (...) dans la confrontation avec ces formes d'hostilité anti-immigrés qui s'expriment encore trop fréquemment dans la société belge. (...) Nous sommes donc, non seulement face à une mémoire qui se construit sur une connaissance historique encore incertaine, mais qui repose fondamentalement sur la quête d'une légitimation symbolique d'une réalité sociale qui, au-delà*

*de la succession des générations, ne va pas toujours de soi.* »

Nous nous trouvons là au milieu d'un carrefour dangereux. Hassan Bousseta pose la question : « *Comment construire une mémoire communautaire qui ne soit pas l'instrument d'une appropriation étroitement communautaire ?* ». Le danger est en effet de s'enfermer dans une différence d'essence qui fait le lit du racisme. Un racisme au quotidien qui ne s'est jamais fatigué et qui aujourd'hui plus qu'hier envahit la politique, jouant la démocratie contre elle-même. Pourtant, il ne nous semble pas que l'affirmation de soi des populations nouvelles rende compte du racisme et du vote de l'extrême droite. Dans son éditorial de juin 2004, la *Revue nouvelle* tente une explication de l'ascension de l'extrême droite qui mêle notamment une réaction des perdants de la mondialisation à une protestation de type autoritaire axée sur la préservation des valeurs morales et culturelles, impliquant le rejet de l'autre. En filigrane de cette analyse, nous retrouvons une réflexion de Marcel Gauchet qui, au-delà des explications de café du commerce telles que la peur de l'autre et l'obsession sécuritaire, voit dans le racisme et l'extrême droite une manifestation du dysfonctionnement de la démocratie française (mais sa démonstration est, *mutatis mutandis*, applicable à la Belgique) en ce qu'elle montre une double faiblesse : le politique est trop loin du peuple votant qui ne se sent pas concerné par les décisions prises (par exemple en matière de politique d'immigration) et en même temps il ne semble pas maîtriser les situations qu'il est censé contrôler. En bref, le pouvoir n'a pas géré l'immigration, il n'en gère pas la présence et ne semble pas prévoir l'avenir : « *Ce n'est pas d'un arrêt de l'immigration que nous avons besoin. C'est d'une maîtrise du processus de l'immigration permettant de le réinsérer dans la sphère de la souveraineté sociale* » (Gauchet). Il serait sans doute injuste de dire que rien n'a été fait en ce sens en Belgique mais les lacunes sont criantes, des imprévoyances de la Convention belgo-marocaine aux tergiversations sur le droit de vote des immigrés en passant par les scandales bien connus de la politique d'accueil, la lenteur à installer des parcelles musulmanes dans les cimetières, la ségrégation dans l'enseignement, arrêtons là la liste.



Nous n'épilouterons pas sur les turbulences que vit l'Islam aujourd'hui, qui non seulement renforcent l'extrémisme de droite mais aussi pèsent sur la quête d'identité des populations musulmanes implantées dans nos pays. La conjonction des extrémismes n'en est qu'à ses débuts. Pourtant le pessimisme n'est pas de rigueur, les forces de cohésion sont elles aussi en marche, et les récentes élections ont amené jusqu'aux plus hauts postes des personnes issues de l'immigration.

Ces considérations peuvent paraître éloignées de l'objet de notre revue qui s'intéresse à la santé. Il n'en est rien : c'est dans la reconnaissance des personnes, de leur identité, de leurs appartenances et de leur histoire que se déterminent les multiples paramètres qui constituent la santé.

Saint Augustin disait : Il y a trois temps, le présent des choses passées, le présent des choses présentes et le présent des choses futures. Le présent des choses passées, c'est ce monde multiculturel qui s'est installé et la mémoire que l'EMIM contribue à écrire ; celui des choses présentes, c'est ce moment où les choses se disent et se travaillent ; celui des choses futures, ce sont les options politiques que nous avons à choisir. ●

Bousseta Hassan, « Perspectives sur l'histoire et la mémoire », in *Trajectoires et dynamiques migratoires de l'immigration marocaine de Belgique*, Nouria Ouali et alii, collection Carrefours, Ed. Academia Bruylants, Louvain-la-Neuve 2004.

Gauchet Marcel, « Les mauvaises surprises de la lutte des classes », in *La démocratie contre elle-même*, Ed. Gallimard 2002.

Houari Leila, *Quand tu verras la mer*, Collections Écritures arabes, éditions L'Harmattan 1988.

Voir aussi : *L'histoire des étrangers et de l'immigration en Belgique*, Anne Morelli, éditions revue et augmentée en 2004 chez Couleur livres.