

COMMUNIQUE DE PRESSE

1ère Conférence Santé et Jeunesse Immigrées

Avec pour thème: Problèmes de santé, d'intégration professionnels et perspectives économiques.

Le 06 septembre 2008 à l'Hôtel Alpes et Lac de Neuchâtel, Le Centre Africain de Développement Socioculturel (CADS), et l'Institut CœurLibre, la Fédération des Associations Africaines du Canton de Neuchâtel (FAACN), en collaboration avec de nombreux partenaires, organisent la première Conférence sur la santé mentale et l'intégration des jeunes immigrées en Suisse.

La santé mentale est souvent associée à la folie et n'est pas toujours prise au sérieux. Saviez-vous qu'environ 15% des jeunes immigrants d'origines Africaines en Suisse sont silencieusement touchés par une maladie mentale comme des troubles d'anxiété, de comportements ou autres? La pression et le stress retrouvés à l'école, à la maison et entre amis (pression sociale), s'aggravent et les jeunes en ressentent les effets plus que jamais. Une étude démontre que 80% des adolescents immigrés entre 14 et 20 ans en Suisse pensent qu'ils sont débordés et, par conséquent, ressentent du stress. L'excès de stress peut mener à une dépression.

Entre 12 et 20 ans, beaucoup des ses jeunes et adolescentes d'origine Africaines en Suisse risquent de développer une dépression, qui entraînera peut-être d'autres problèmes mentaux (schizophrénie, paranoïa...). Ceux qui ne savent pas se défendre face aux dépressions et qui ne savent pas gérer les problèmes quotidiens de leur vie se suicideront. En Suisse, le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 20 ans, après les accidents d'automobile. Les adolescents, à cause d'un manque d'expérience, trouvent que de mettre fin à leur vie, qu'ils considèrent difficile, est la solution la plus simple de se débarrasser de leurs problèmes.

L'ancrage de la violence dans notre société est si profond qu'une véritable politique économique, sociale, éducative, culturelle, médiatique et sportive est nécessaire pour restandardiser les rapports humains. *Une véritable participation au monde économique, c'est à dire celui de tout travail pratique et productif qui soit autre que l'obligation du minimum pour survivre. C'est une grande tâche qui se pose en termes de défi pour notre société multiculturelle."*

A travers de la 1^{ère} conférence Santé & Jeunesse Immigrées 2008, nous voulons apporter aux participants, avertis ou profanes, un témoignage vivant sur une situation terrible vécue à travers les mots, les silences, les larmes et la détresse de plusieurs jeunes, adolescentes et adultes immigrés, rescapés du massacre et violences de leurs pays d'origines en Afrique. Par ailleurs, cette conférence constitue aussi "la synthèse des expériences de soutien engagé dans notre centre, mais se veut aussi comme une prise de position tout à la fois morale, scientifique et politique, dans un débat qui promet de devenir central dans les prochaines années : *celui d'une génération jeunes et adolescents immigrés traumatisés vivant en Suisse*".

La conférence s'annonce très passionnante et intéressante, venez nombreux !

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter :

Dr. Alpha Grace Tel : 032 730 3809 ; 077 250 4939

Mot d'ouverture de la Conférence

Dr. Alpha Grace

Mesdames, Messieurs, chers Amis, bonjour!

J'ai le plaisir de vous souhaiter la bienvenue et d'ouvrir notre première conférence sur la Santé et la Jeunesse immigrée avec pour thème : *Problèmes de santé, intégration professionnelle et perspectives économiques*.

Je salue les représentants de nos autorités cantonales et communales. Nous avons la chance de compter avec des intervenants de grande valeur qui ont accepté de nous faire partager leur compétence.

Nous leur sommes reconnaissants de nous offrir leur temps et leur savoir, bénévolement, alors que nous pouvons imaginer leur agenda très chargé.

Notre reconnaissance va également aux journalistes car, sans leurs soutiens actifs, notre volonté de démystifier les problèmes de santé, d'intégration professionnelle et les perspectives économiques de la jeunesse immigrée n'aurait jamais un tel écho.

Un grand merci à l'équipe technique de l'Hôtel Alpes et Lac, à nos amies et bénévoles qui ont préparé les documents, badges et stands de livres, brochures, faute de quoi nous serons sans souvenirs à la fin de la journée.

Cette conférence, est pour moi un jour de fête qui commence. J'aime cette ambiance où nous sommes là, tous ensemble, mélangés, patients, proches, professionnels, bénévoles, étudiants, africains, européens, asiatiques etc.

La santé mentale est souvent associée à la folie et n'est pas toujours prise au sérieux.

Saviez-vous qu'environ 15 % de jeunes immigrants d'origines Africaines en Suisse sont silencieusement touchés par une maladie mentale comme des troubles d'anxiété, de comportements ou autres? Un jeune, pendant l'adolescence, expérimente de nombreux changements au point de vue mental.

La pression et le stress retrouvés à l'école, à la maison et entre amis (pression sociale), s'aggravent et les jeunes en ressentent les effets plus que jamais. Une étude démontre que 80 % d'adolescents âgés entre 14 et 19 ans en Suisse pensent qu'ils sont débordés et, par conséquent, ressentent du stress. L'excès de stress peut mener à une dépression.

Entre 12 et 20 ans, 300'000 jeunes en Suisse risquent de développer une dépression, qui entraînera peut-être d'autres problèmes mentaux (schizophrénie, paranoïa...). Heureusement, la plupart des jeunes trouvent des façons de s'en sortir. Cependant, les adolescents qui ne savent pas se défendre face aux dépressions et qui ne savent pas gérer les problèmes quotidiens de leur vie se suicideront.

En Suisse, le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 20 ans, après les accidents d'automobile. Les adolescents, à cause d'un manque d'expérience, trouvent que de mettre fin à leur vie, qu'ils considèrent difficile, est la solution la plus simple de se débarrasser de leurs problèmes. La vie est très précieuse ; les problèmes d'aujourd'hui, même les plus sérieux, sont les blagues de demain.

Au cours de la journée, nous allons découvrir ce qu'est les problèmes de Santé Mentale et la Délinquance chez les adolescents immigrés, les différentes phases, ce qui peut la déclencher, les problèmes d'intégration professionnelle, les Droits de l'Homme et le Droit à la Santé, la Santé et l'intégration socio-économique : Quelles Solutions et quel Avenir après les Études. L'intégration professionnelle des Africains en Suisse mérite plus que de l'attention : une prise en considération et une réflexion vers des orientations de solutions

Ces différents domaines sont pourtant plus proches qu'il n'y paraît à première vue, et nous nous réjouissons que l'une et l'autre action se nourrissent réciproquement. Dans les différents cas, nous exprimons l'impérieuse nécessité de vouer une attention toute particulière à ceux qui sont touchés par des difficultés.

Quelle qu'en soit la cause, nous affirmons notre volonté de combattre l'exclusion, nous cherchons à offrir les outils nécessaires pour participer à la vie sociale, retrouver la confiance et vivre dans l'estime de soi.

Ces préoccupations rejoignent le souci majeur de la Confédération, réaffirmé à plusieurs reprises et traduit dans sa politique sociale: permettre à chacun de trouver sa place dans ce Canton et cette Ville et lui donner de quoi se forger sa propre identité dans notre environnement urbain, favorisant ainsi la construction d'un sentiment d'appartenance.

Nous nous encourageons à poursuivre notre indispensable action sous les diverses formes que nous vous avons données; nous recherchons votre soutien

Au nom Conseil de l'administration du CADS et en mon nom propre, je remercie l'Institute CœurLibre, les intervenante-es, les invite d'honneurs et tous nos collaborateurs pour leur engagement et leur travail, et je souhaite à tous les participants à cette conférence de fructueux travaux.

Merci

Allocution de bienvenue par Dr. M. Sigam

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, chers autorités du Canton

J'aimerais avant toute chose féliciter et remercier le centre africain de développement socioculturel pour son initiative de traiter publiquement le sujet de la santé des jeunes immigrés, avec le soutien et la présence d'un parterre d'intervenants de haut vol choisis parmi les personnalités impliquées dans la préparation de notre jeunesse à assurer dans les meilleures conditions l'avenir futur de la Suisse. A tous, je souhaite la bienvenue dans cette enceinte et je forme le vœu que nos discussions soient fructueuses et permettent aux autorités d'améliorer les mesures en faveur de la jeunesse immigrée

Le sujet qui nous préoccupe aujourd'hui, parle de la santé du groupe le plus fragile de notre société, à savoir la jeunesse immigrée. La réussite du processus d'intégration dépend en grande partie de l'égalité de chances pour tous les enfants, c'est-à-dire une sécurité du milieu familial, une bonne intégration scolaire et de la possibilité de jouer à l'intérieur et à l'extérieur du logement. La présente conférence doit se pencher sur la réalité des possibilités d'intégration offertes aux jeunes immigrés.

Sur le plan purement réglementaire, il faut savoir qu'en Europe, la Suisse est dans le peloton de tête des pays qui ont vite compris que l'intégration des étrangers est une clé du développement harmonieux de la société et depuis 2002 l'Office fédéral de la santé publique a mis sur pied une **stratégie « migration santé »** pour trouver des réponses aux problèmes de santé de la population migrante et dont le dogme est « égalité de chances pour tous ».

Dans les faits, cette égalité des chances est fortement limitée par de multiples facteurs dont certains sont spécifiques : les inégalités de condition matérielle qui reflètent les inégalités sociales font que la santé des groupes migrants est dans l'ensemble moins bonne que celle des autochtones ; les barrières d'accès et les difficultés de compréhension parfois liées aux problèmes de langue, rendent difficiles pour les prestataires de soins la compréhension parfaite des plaintes des malades migrants, plaintes qui ne peuvent être bien saisies que par la connaissance même partielle de leurs croyances en matière de santé et de maladie. Les causes des maladies par exemple pour les populations africaines se situent parfois au-delà du monde visible, chez les ancêtres. Le développement de connaissances multiculturelles ainsi que l'utilisation des interprètes apparaissent comme indispensables à l'amélioration de la santé des migrants et leurs enfants.

-2-

Il faut aussi reconnaître que dans la plupart des cantons, il existe des **services de santé jeunesse** avec des professionnels qui interviennent dans les lieux d'accueil des enfants (crèches, écoles ..) pour des visites de santé, les vaccinations, le contrôle diététique. Cependant ces efforts sont parfois contrariés par l'incompréhension de parents migrants qui, parfois analphabètes, peuvent sentir leur autorité parentale menacée par le fait que leurs enfants puissent servir de courroie de transmission du fait de leur connaissance de la langue suisse.

Certains obstacles à la bonne santé des enfants immigrés, se trouvent au sein de la société suisse : la précarisation juridique produite par le système législatif et juridique, a des répercussions graves sur la santé des migrants et leurs enfants sous forme de sentiments de peur, d'indignité, de frustration et de négation de soi conduisant parfois à des troubles mentaux et toute une pathologie d'adaptation de parents migrants qui se répercutent sur les enfants. Les pratiques discriminatoires pour le logement et l'emploi par préférence nationale, créent les conditions optimales de difficultés de socialisation primaire des enfants immigrés et leur précarisation face à la santé, la famille étant l'unité centrale de la socialisation.

Les comportements déviants et la délinquance juvénile peuvent être liés au trouble de la personnalité de l'enfant, mais sont le plus souvent le fait de la marginalisation et de l'exclusion liée à l'échec scolaire, la précarité chronique, au chômage. Certes pendant longtemps on a soigneusement évité de faire dans les statistiques de santé, une distinction ethnique, raciale ou culturelle afin d'éviter les réactions xénophobes sur le coût des pathologies que les immigrés occasionnent, ainsi que leur stigmatisation. Mais cette épreuve de vérité est devenue indispensable avec la doctrine de l'égalité de chances pour tous.

En effet, les enfants du 21^e siècle ne naissent pas plus violents que ceux du siècle passé ; la violence des jeunes est un problème d'adultes d'aujourd'hui, incapables, comparés aux générations passées, d'assurer l'apprentissage de la régulation de l'agressivité et de la violence sur la génération suivante. La famille et l'école sont les deux piliers de la lutte contre la délinquance juvénile. Les parents sont les premiers responsables des comportements déviants de leurs enfants à cause de leur incapacité à prévenir ou à réprimer ces comportements, d'où l'évidence que les pouvoirs publics et les services sociaux doivent travailler à maintenir l'intégrité de la famille en lui donnant les moyens de protéger les enfants, notamment en améliorant ses conditions de vie.

Le dernier problème que je voudrais évoquer est la xénophobie et le racisme ordinaire, surtout le racisme anti noir qui se développe en Suisse. La communauté africaine, excédée par le tabassage sous le moindre prétexte des jeunes noirs par les agents des forces de l'ordre, avait rencontré l'an dernier le conseiller fédéral Blocher pour chercher le moyen de limiter ces injustices qui consistent à considérer chaque africain dans la rue comme un dealer potentiel et de le traiter comme tel parfois sans preuve. Nous avons eu des morts inexplicables dans notre communauté après intervention d'agents d'ordre dont le décès n'a jamais été éclairci. Il est donc clair que notre communauté attend beaucoup la prise de mesures pour éradiquer ces comportements racistes de certains agents des forces de l'ordre, qui en augmentant la peur parmi nous, nous rendent inaptes à socialiser correctement nos enfants.

Conclusion :

Nous sommes conscients que lors de la récession économique qui frappe le monde entier, la Suisse n'est pas à l'abri de réactions autocentrées d'une partie de sa population qui réclame la préférence nationale autant dans le logement que dans l'emploi. Toutefois, l'idée que l'apport à la Suisse des immigrés est importante doit permettre aux autorités d'appliquer le mieux possible le slogan * **égalité de chances pour tous les enfants vivant en Suisse***

La trappe à souris

Une souris regardait un jour à travers un trou dans un mur. Elle vit un paysan et sa femme en train de déballer un paquet. Quelle nourriture pouvait-il bien contenir ? Mais quelle ne fut pas sa surprise de découvrir qu'il s'agissait d'une trappe à souris.

Fuyant vers l'arrière de la ferme, la souris criait de tous côtés : « Il y a une trappe à souris dans la maison, une trappe à souris dans la maison ! ».

Le poulet leva la tête, se gratta et dit : « Excusez moi, Madame Souris, je me rends bien compte que c'est une grande inquiétude pour vous, mais cela ne me regarde pas. Que voulez vous que j'en fasse ? ».

La souris se tourna alors vers le cochon. « Oh, je suis désolé Madame Souris, la seule chose que je peux faire pour vous est de prier. Soyez assurée que je vous porte dans mes prières ».

La souris se tourna enfin vers le bœuf. Celui ci se moquait de la souris : « Oh là là, Madame Souris, mais c'est terrible, une trappe à souris ! Mais je suis gravement en danger, n'est ce pas ? ».

Finalement, la souris se décida d'affronter la trappe à souris seule. Dans la nuit, on entendit un bruit dans la maison qui ressemblait à celui d'une trappe à souris se refermant sur une souris. La femme du paysan s'en alla voir ce qui avait été pris.

Dans la nuit, elle ne vit malheureusement pas le serpent venimeux dont le bout de la queue avait été pris dans la trappe. Le serpent mordit la femme du paysan. On dut partir à l'hôpital.

La femme revint avec de la fièvre. Or, comme tout le monde le sait, il est fortement conseillé de faire boire à quelqu'un qui a de la fièvre une bonne soupe au poulet. Le paysan prit donc sa hache et coupa le cou du poulet.

Malheureusement, la maladie continua et beaucoup de gens vinrent pour garder la malade. Le paysan dut tuer son cochon pour nourrir tout le monde.

Finalement, la femme mourut et le paysan dut abattre son bœuf pour nourrir les personnes venues pour l'enterrement.

Ainsi donc, la prochaine fois que vous entendrez dire qu'une de vos connaissances est aux prises avec un problème qui ne vous concerne pas, souvenez vous de la trappe à souris. Lorsqu'un des nôtres est menacé, nous sommes tous en danger.

Nous sommes tous impliqués dans ce voyage qu'on appelle la vie.

Ayons l'œil ouvert sur nos proches et faisons un effort pour nous encourager mutuellement.

Source : Auteur inconnu

Jeunes et Adolescents



***Performance scolaire, sociale, sportive...
Appartenance à un groupe, pression des pairs...
Recherche de l'idéal corporel...
Pressions familiales...
Recherche d'autonomie...***

***Nouvelles expériences, drogue, alcool,
relations amoureuses, sexualité...
Voilà autant de situations stressantes
auxquelles sont confrontés les jeunes et
auxquelles il convient de trouver des
pistes d'actions tant collectives
qu'individuelles pour les réduire.***

Les attitudes, les modes de communication, les exigences de performance, voilà autant de moyens de causer ou non du stress.

C'est en tant que parent, conjoint, ami, voisin, patron, travailleur, actionnaire, élu, mais aussi en tant que groupe, association, gouvernement et société, que nous pouvons choisir de nous relier autrement pour combattre et contrer le mauvais stress.

DANS L'UNIVERS OÙ NOUS VIVONS... LES PRESSIONS SONT PARTOUT

Notre planète elle-même est sous respirateur. L'équilibre des ressources par rapport aux populations est inexistant et génère des conditions socio-économiques difficiles pour plusieurs. Les codes culturels de nos sociétés (droits, devoirs, interdits), tout en favorisant le maintien d'un certain ordre, supportent inévitablement, dans leur foulée, une part de rejet, d'exclusion et d'isolement (ex : interdit fait au vieillissement, à la faiblesse / devoir d'être fort, beau, performant / droit à l'individualisme, etc..).

Le climat de PEUR et d'incertitude est devenu un moteur de l'économie. L'accélération des communications et des interactions nous aspire à l'extérieur de nous-mêmes, nous laissant ni temps ni espace pour apprendre à bien se connaître et devenir maîtres de nos vies. S'ajoutent à tout cela nos environnements de travail avec leurs lots de difficultés et nos milieux familiaux porteurs de leurs talents, leurs blessures et leurs histoires (conflits, ruptures, deuils, etc.).

Le stress ne provient pas uniquement de l'intérieur de nous mais aussi de l'extérieur. S'il est vrai que la **perception** que nous avons de ce qui nous arrive compte pour beaucoup dans le mauvais stress, le décor dans lequel nous évoluons nous fournit, pour sa part, beaucoup de matériel générateur de ce stress.

De ce fait, le soulagement du stress devient une **responsabilité collective** aussi bien qu'individuelle puisque le stress prend également sa source dans la vie familiale, dans la vie au travail et dans la vie sociale en général. Il appartient donc à chaque composante de l'environnement d'agir plus globalement (systémiquement) sur les facteurs de stress afin d'en diminuer les impacts sur les individus. Voyons maintenant à partir d'où il est possible d'agir...

Lorsque le stress se fait menace deux types de réactions sont disponibles. Il faut savoir que ces réactions sont inscrites depuis toujours dans notre système nerveux central. Il s'agit de l'**attaque** et de la **fuite**. À l'époque où nous vivons, l'attaque ou la fuite s'exprime de moins en moins physiquement, ce qui nous a conduit à s'adapter **psychologiquement** au stress. En effet, la fuite ou l'attaque ont pris la forme de différents mécanismes qui nous permettent de composer avec le stress. Tous ces mécanismes sont **nos alliés** et ont une place indispensable dans l'arsenal qui nous permet de survivre aux pressions de la vie.

Voyons un peu ces mécanismes :

La fuite prendra, par exemple, la forme de : **Alors que l'attaque se traduira par une :**

<p>Négation cognitive et émotionnelle (faire comme si la chose et son impact n'existaient pas);</p> <ul style="list-style-type: none">• Identification (adopter la position des autres au détriment de la sienne);• Compensation (fuir dans ce qu'on aime);• Refoulement (basculer la chose et son impact hors du champ de la conscience);• Retrait (le plus primaire des mécanismes – fuite);• Rationalisation (opposer des arguments d'apparence logique);• Autodépréciation.	<p>Hyperactivité (agitation – correspond à l'attaque);</p> <ul style="list-style-type: none">• Recherche du coupable (et il y en a toujours un... - correspond à l'attaque);• Humour qui devient dérision;• Surprotection;• Contrôle;• Durcissement;• Annulation rétroactive (s'excuser de ses colères mais les refaire sans cesse).
--	---

Et quand la pression s'aggrave ...

L'attaque s'exprimera sous une forme plus cristallisée encore :

Alors que la fuite deviendra :

<p>Explosion d'agressivité;</p> <ul style="list-style-type: none">• Défolement indirect (ex : voler l'employeur, partir des rumeurs sur quelqu'un, etc.);• Transfert d'agressivité sur des êtres qui ne sont pas concernés (conjoint, enfant, chien...)	<p>Projection (prêter à d'autres des réactions et sentiments qui au fond nous appartiennent);</p> <ul style="list-style-type: none">• Ennui, démission;• Abus de toutes sortes (ex : alcool, nourriture, médicaments, sexe, etc.).
--	---

En évacuant de la pression, ces mécanismes nous permettent de survivre temporairement aux différents stress qui se sont accumulés, sans que nous ayons accès à des épisodes de soins et de récupération suffisants. Toutefois, leur **sur utilisation prolongée** nous entraîne non seulement vers la détérioration certaine de notre fonctionnement mais aussi de nos relations.

Supposons maintenant, et ce n'est pas très loin de la réalité, que nous soyons de plus en plus nombreux à sur utiliser ces mécanismes d'adaptation pour tenter de survivre à un stress qui s'accumule sans la possibilité d'une récupération bienfaisante. On peut penser alors, sans grand risque de se tromper, que les mécanismes des uns, en rencontrant les mécanismes des autres, produiront une escalade.

Ainsi, plus l'autre devient contrôlant, plus je deviens agressif, plus l'autre devient hyperactif, plus je me place en retrait, plus l'autre compense, plus je m'auto déprécie, plus je surprotège, plus l'autre se durcit, etc.

Enfin, comme la vie sociale, la vie au travail et la vie familiale sont des vases communicants, la souffrance peut y circuler dans un sens comme dans l'autre et se déplacer en cascade dans nos relations.

Qui ne connaît pas la blague : "Un patron frappe son employé, l'employé frappe sa femme, la femme frappe ses enfants, les enfants frappent le chien et le chien va mordre le chat du voisin..."

QU'EST-CE QUE LA SANTÉ MENTALE ?



La santé mentale est un état d'équilibre psychique et émotionnel dynamique qui fait que la personne se sent bien avec elle-même, a des relations satisfaisantes avec autrui et est capable de faire face aux exigences de la vie.

Elle implique aussi que l'individu vive dans un milieu favorisant son épanouissement.

Bref, être en bonne santé mentale, c'est :

- Être capable d'aimer la vie ;
- Réussir à mettre ses aptitudes à profit et à atteindre des objectifs ;
- Nouer et entretenir des relations avec les autres ;
- Être capable d'éprouver du plaisir dans ses

relations avec les autres ;

- Se sentir suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle on ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier dans la mesure du possible ;

- Développer des stratégies pour faire face au stress, en milieu de travail notamment ;

- Être capable de demander du soutien à ses proches ou de l'aide auprès d'organismes ou de personnes spécialisés, lors de moments difficiles ;

- Découvrir des loisirs qui nous plaisent et trouver du temps pour s'y adonner ;

- Parvenir à établir un équilibre dynamique entre tous les aspects de sa vie : physique, psychologique, économique, spirituel et social.

Il est important de spécifier que la santé mentale ne se définit pas par l'absence de maladie. En ce sens, une personne peut vivre avec une maladie mentale et avoir un bien-être mental qui pourrait se refléter à travers des relations satisfaisantes ou un emploi épanouissant par exemple.

*La **santé mentale** est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Dans cette perspective, la **santé mentale** peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes prises individuellement.*

SANTE MENTALE : RELEVER LES DEFIS

La santé mentale fait partie intégrante de la santé dans son ensemble et de la qualité de vie permettant à un individu de s'épanouir. En dépit des relations étroites qui existent entre la santé mentale et la santé physique, la santé mentale est souvent négligée, notamment du point de vue des ressources humaines et budgétaires qui lui sont consacrées.

L'Organisation mondiale de la santé estime à quelque 400 millions le nombre de personnes à travers le monde qui souffrent de troubles mentaux ou neurologiques voire de problèmes psychosociaux, tels que ceux liés à l'alcool ou à la toxicomanie. ¹

Les troubles mentaux représentent plus de 12% de l'ensemble des maladies enregistrées dans le monde. La véritable ampleur du problème est cependant difficile à évaluer. Les problèmes de santé mentale ont tendance à ne pas être diagnostiqués ni rapportés en raison de la stigmatisation et de l'exclusion dont pâtissent les personnes qui en souffrent.

Le saviez-vous?

- Un cinquième de la jeunesse mondiale souffre de troubles légers ou graves de la santé mentale.
- 400 millions de personnes dans le monde souffrent de troubles mentaux ou neurologiques.
- Les troubles mentaux représentent plus de 12% du nombre total des maladies.
- Environ 24% des patients à qui sont dispensés des soins de santé primaire souffrent d'une forme ou d'une autre de trouble mental.
- 69% des patients atteints de trouble mental se présentent devant les médecins en ayant des symptômes physiques et souvent, nombre d'entre eux ne sont pas correctement traités⁵.

Près de 24% des patients à qui sont dispensés des soins de santé primaire souffrent d'une forme ou d'une autre de trouble mental. Une majorité d'entre eux (69%) se présentent généralement devant le personnel de santé en étant atteint de symptômes physiques; par conséquent, nombre d'entre eux ne sont pas correctement diagnostiqués comme étant atteint de maladie mentale et ne sont donc pas traités en conséquence. ²

Dans la plupart des pays, les fournisseurs de soins de santé ne sont pas préparés pour répondre aux besoins de leurs patients en matière de santé mentale. S'ils étaient correctement formés et supervisés, les professionnels de la santé pourraient accroître leur compétence en matière d'identification et de traitement des troubles mentaux.

Les problèmes de santé mentale se manifestent dans le monde entier et leur impact en termes psychologique, social et économique est très fort. Nous disposons des connaissances nécessaires pour prévenir et traiter la plupart des troubles de la santé mentale et pour permettre aux personnes qui en sont atteintes de rester des membres économiquement et socialement productifs au sein de leur communauté.

Les sociétés ont toujours tendance à ériger des barrières entravant les soins et la réintégration en leur sein des personnes atteintes de ces troubles.

Les facteurs de risque de maladie mentale

Comme pour de nombreuses maladies, des facteurs de risque sont associés à la maladie mentale qui peuvent être prévenus ou réduits. Une bonne compréhension de ces facteurs de risque permet d'établir un cadre dans lequel inscrire les stratégies en matière de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies y afférentes. Parmi les principaux facteurs de risque, figurent les conditions de vie néfastes telles que l'extrême pauvreté, les guerres et les déplacements de population, les prédispositions biologiques et les relations stressantes au foyer ou au travail. Les femmes et les enfants victimes d'abus, ainsi que les victimes de conflit armé, les migrants et les réfugiés figurent parmi les populations les plus exposées aux maladies mentales.

Stigmatisation de la maladie mentale

A la différence des personnes atteintes de maladies physiques, celles qui souffrent de problèmes de santé mentale sont généralement stigmatisées et subissent nombre de préjudices en étant notamment exclues de l'accès aux services sociaux et aux soins de santé. Cette stigmatisation est souvent imputable à l'ignorance du public quant aux causes profondes des problèmes de santé mentale. L'un des principaux défis à relever consiste donc à mettre un terme à cette stigmatisation afin que les gens puissent parler librement de leurs problèmes émotionnels en présence de professionnels des soins de santé.

Quelques mythes associés aux maladies mentales

Le public pense parfois que les personnes qui souffrent de maladie mentale:

- Ne se rétablissent jamais suffisamment pour pouvoir (re)devenir des individus susceptibles de contribuer à la communauté à laquelle ils appartiennent
- Sont foncièrement instables et imprévisibles
- Peuvent être dangereuses pour les personnes qui les entourent
- Sont sous l'emprise d'esprits diaboliques ou sont victimes d'une malédiction
- Paient le prix d'un comportement immoral.

Dans certaines sociétés, les gens croient que des esprits diaboliques ou une malédiction due à une quelconque transgression sont à l'origine des problèmes de santé mentale. On pense souvent que les personnes atteintes de maladie mentale sont faibles de caractère ou ont un comportement immoral. Ces mythes quant aux causes des problèmes de santé mentale sont parfois invoqués pour refuser tout soin ou toute compassion aux personnes souffrant de tels problèmes voire pour justifier l'imposition à ces personnes de traitements cruels tels que la détention (ou tout au moins l'obligation de garder la chambre), l'isolement ou l'abandon.

C'est ainsi que les personnes souffrant de maladie mentale sont doublement pénalisées, à la fois en raison de leur maladie même et en raison de la honte qui les anime et de la stigmatisation sociale dont elles sont victimes. Le défi pour les infirmières et les autres professionnels des soins de santé est de promouvoir une meilleure compréhension de la maladie mentale - une maladie à laquelle sont associés des risques et qui peut être prévenue et traitée.

Stratégies à l'intention des infirmières et d'autres

En dépit des progrès réalisés dans le domaine des soins de santé, la mise au point de méthodes humanistes, holistiques et scientifiques concernant les services de santé mentale a évolué relativement lentement en comparaison avec l'évolution dans d'autres spécialités comme la chirurgie. Les infirmières ont un rôle essentiel à jouer en matière de promotion de la santé mentale, de prévention des maladies mentales et d'amélioration de l'accès aux soins et aux services dans ce domaine. Afin de combattre la stigmatisation et la crainte de la "folie" qu'inspire généralement la maladie mentale, tout en cherchant à promouvoir une culture de soins et de compassion pour les personnes souffrant de maladie mentale, il convient d'entreprendre un certain nombre d'activités et notamment (de):

2. Promouvoir la santé mentale et prévenir la maladie en collaborant avec d'autres professions et d'autres secteurs et en ayant recours, pour cela, à:

- ⇒ L'éducation du public quant aux facteurs de risque
- ⇒ Des groupes de pression militant en faveur de l'accès à l'alimentation, au logement, à l'éducation et à d'autres ressources pour les malades
- ⇒ Des programmes parentaux positifs
- ⇒ Une éducation adéquate apportant des compétences durables
- ⇒ Des écoles accueillantes pour les enfants
- ⇒ Une détection précoce
- ⇒ Des services de traitement et des services spécialisés
- ⇒ Une intervention précoce pour les enfants ayant des problèmes psychologiques.

3. Améliorer l'accès aux services de soins de santé mentale:

- ⇒ Soutenir l'établissement d'un réseau de services communautaires
- ⇒ Accroître les programmes de vulgarisation et d'animation et promouvoir les groupes de soutien informels
- ⇒ S'impliquer dans les politiques et projets nationaux en matière de santé mentale
- ⇒ Se concentrer sur les populations vulnérables
- ⇒ Intégrer les soins de santé mentale dans les services de soins de santé primaire

- ⇒ Plaider en faveur de l'allocation de ressources adéquates pour la promotion de la santé mentale
- ⇒ Améliorer la qualité des services de santé mentale
- ⇒ Plaider en faveur de la mise en place d'un service d'intervention d'urgence ouvert 24H/24
- ⇒ Désinstitutionnaliser les services de santé mentale.

3. Cesser l'exclusion et oser soigner :⁴

- ⇒ Parler ouvertement de maladie mentale au sein de la communauté
- ⇒ Éduquer le public quant aux facteurs de risque de maladie mentale et quant aux moyens de les réduire
- ⇒ Protéger les droits de l'homme des personnes victimes de maladies mentales et mettre au point une législation destinée à améliorer les soins et à réduire la stigmatisation dont souffrent ces personnes
- ⇒ Vulgariser les questions de santé mentale en organisant des événements tels que le Journée mondiale de la santé mentale célébrée le 10 octobre de chaque année.

4. Promouvoir la participation de la communauté à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services de santé mentale:

- ⇒ Plaider en faveur de l'implication des groupes de consommateurs (de services de santé mentale) et de citoyens
- ⇒ Sensibiliser la communauté au fait que la santé mentale est une question qui intéresse précisément l'ensemble de la communauté
- ⇒ Soutenir des programmes d'entraide tels que des services de volontaires
- ⇒ Former et préparer les fournisseurs de soins de santé à être des partenaires facilitant la fourniture de soins
- ⇒ Encourager la mise en place de réseaux et de groupes d'entraide
- ⇒ Tenir des réunions d'information et d'échange d'informations régulières avec les fournisseurs de soins de santé et d'autres secteurs.

5. Influencer les décideurs politiques et le public quant à l'importance de:

- ⇒ La santé mentale et des facteurs de risque à caractère environnemental et social

- ⇒ L'augmentation des ressources financières et humaines consacrées à la promotion de la santé mentale ainsi qu'à la prévention et aux soins dans ce domaine
- ⇒ La création d'environnements sains et de sociétés humanitaires et bienveillantes réduisant le stress et améliorant le bien-être.

6. Répondre aux besoins de formation du personnel de santé en matière de santé mentale:

- ⇒ Utiliser des modèles de programmes éducatifs qui soient sensibles aux différentes cultures
- ⇒ Plaider pour que les infirmières et d'autres occupent des postes de direction, de chercheurs et d'enseignants dans le domaine de la santé mentale
- ⇒ Assurer une formation continue aux fournisseurs de soins de santé
- ⇒ Entreprendre des recherches afin de déterminer les effets de l'intervention des infirmières dans ce domaine et leurs résultats sur la santé
- ⇒ Élaborer des directives et d'autres matériels de formation.

Conclusion

Les infirmières et les autres professionnels du secteur de la santé ont un rôle essentiel à jouer en matière de promotion de la santé mentale ainsi qu'en matière de prévention des maladies mentales et d'amélioration de l'accès aux services de santé mentale. Ils ont également tous un rôle à jouer pour éduquer le public et réduire la stigmatisation dont sont encore si souvent victimes les personnes atteintes de troubles mentaux.

Les professionnels de la santé doivent avant tout se consacrer à combler le retard qui existe en matière de traitement des troubles de santé mentale. Des progrès ont en effet été réalisés en ce qui concerne les traitements et soins nouveaux ainsi qu'en ce qui concerne l'analyse des causes, des liens, des caractéristiques et des mesures de prévention à prendre s'agissant des problèmes de santé mentale. Les avantages qui peuvent être tirés de ces connaissances devraient profiter à toutes les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale, en particulier les populations vulnérables.

1. OMS (2001), La santé mentale dans le monde. Cesser l'exclusion, Oser soigner. Journée mondiale de la santé 2001. p.1
2. OMS (1998), Les troubles mentaux et les soins de santé primaire.
3. Conseil international des infirmières (1994) in OMS, Partenaires pour la santé mentale: la contribution des professionnels et des non-professionnels à la santé mentale. Genève: OMS.
4. OMS (2001), Thème retenu pour la Journée mondiale de la santé 2001.
5. OMS (1998), Les troubles mentaux et les soins de santé primaire.

CONFRONTATION A PROPOS DE LA PSYCHO PATHOLOGIE (entre le soin à l'occidentale et les thérapies africaines traditionnelles)

L'IMPORTANCE DE L'ANALYSE EXISTENTIELLE

Il nous semble que la meilleure façon de s'ouvrir à l'interculturalité, c'est de revisiter l'analyse existentielle. Cette dernière nous semble toujours d'actualité pour interroger nos processus de subjectivation, de perte ou non de lien social, de la place de notre Être-Au-Monde dans son évidence naturelle. Chaque culture se réfère à un temps et à un espace, à des rythmes qui lui sont propres.

La démarche culturelle du sens est intégrée au développement de l'ouverture clinique et théorique vers le monde incarné de l'Autre. Cette démarche s'est enrichie de la fécondation de la psychanalyse par le meilleur de la phénoménologie existentielle... et en particulier nous citerons Maldiney.

L'ouverture de l'écoute à l'Autre dans sa dimension parfois empathique et dans sa référence tierce d'appel au symbolisme actif et incarné permet aussi d'entendre le pouvoir symbolisant de la parole des rites quand il s'inscrit dans l'inconscient groupal des traditions culturelles.

Si la tendance psychiatrique actuelle est le reflet d'une société réductrice de gestion et de technique, ce qui peut aboutir à une certaine déshumanisation, il est important qu'elle n'oublie pas les racines de la personne dans le monde vécu de son histoire et de sa culture et non pas seulement dans le cadre de la réalité quotidienne dans lequel elle s'inscrit au bénéfice exclusif de ses besoins.

Le Corps Propre (*lieb*) est le lieu des affects et des émotions, le point d'encrage de sa subjectivité et le lieu de son habitation. Le monde est un horizon de significations et le sujet est la parole qui l'habite. Le monde se bâtit constamment à partir des évidences qui font le sens commun, ce monde est le monde de l'Être-avec (*mitsein*), cette forme de co-habitation repose sur une confiance originaire basale et naturelle plus que de type seulement cognitif.

Ce qui est important c'est la phénoménologie de la rencontre : la qualité de la présence du sujet, la perturbation de la dimension temporelle et spatiale, la qualité du lien social. Cela amène à apprécier la vision du monde du patient, de son monde commun, et l'analyse du symptôme comme tentative de restauration ou de destruction, ce qui fait appel à l'interprétation du geste, du quotidien, de la parole.

TENDANCES DE LA PSYCHIATRIE ACTUELLE

Le modèle actuel des concepteurs de notre santé publique est celui de la maladie aiguë, or la maladie au long cours est tout autre, la qualité du monde vécu y subit une distorsion de l'espace et du temps, une dé-historisation et une cassure grave du lien social et de l'être social. C'est une erreur que de l'interpréter comme un déficit purement cognitif préférable à une lésion cérébrale.

Il s'agit plutôt d'une perte ontologique naturelle. Dans notre monde institutionnalisé de référence à des catalogues (DSM4), de protocoles, la rencontre est codifiée par le système de la langue, ce qui peut aboutir à une objectivation obturant l'ouverture à l'autre : la maladie, le panel des symptômes.

Revenons à la psychanalyse.

Pour Laplanche, ce qui fait le nerf et le vif de l'analyse c'est essentiellement la désamarrage. Elle largue les amarres d'un discours guidé par un but, pour se livrer sans recours aux chaînes d'associations, à leurs divergences comme à leurs recoupements : c'est une technique adaptée à l'analyse des névroses.

La psychothérapie analytique des psychoses telle que la conçoit Gisela Pankow et que nous faisons nôtre, consiste à l'aménagement du cadre où la présence réelle du psychothérapeute est affirmée et où l'analyse de l'inter subjectivité passe parfois au premier rang par rapport à un intra-psychique dont la localisation topologique est parfois indéterminée.

Le sujet psychotique peut bénéficier de traitements anti-psychotiques pour ses symptômes mais pas dans le cas d'une psychiatrie vétérinaire. Il faut tenir compte de la position de demande, ou alors si elle n'existe pas, **de sa position d'appel où il nous fait signe qu'il existe** (c'était tout l'intérêt de la psychothérapie institutionnelle). Il faut l'aider à se structurer en l'aidant à symboliser, soit par la parole, soit par l'utilisation de médiateurs (ateliers divers...).

Il faut savoir qu'il a du mal à accéder à des processus de représentation (représentation du monde, représentation de lui), il faut donc travailler à ce qui peut être pour lui la figuration de son monde pour l'aider à construire un espace psychique propre facteur d'une représentation possible. Le cadre symbolique des rencontres avec ce qu'il en est de la loi peut aider à cette structuration.

En conclusion, il nous semble que la prise en considération du sujet dans sa culture et dans son inter-culturalité éventuelle peut être un moyen de « traiter » le sujet psychotique. Il devra bénéficier ensuite d'aides à la réhabilitation psychosociale et à une réadaptation éventuelle au travail, si le processus thérapeutique a porté ses fruits.

DEUX EXEMPLES :

Le premier c'est l'analyse que fait Gisela Pankow de ce merveilleux livre qu'est : « *Soleil Hopi* ».

C'est l'histoire d'un petit indien, qui deviendra un brillant universitaire américain, mais tombera malade jusqu'à ce qu'il comprenne qu'il est déterminé par sa culture et qu'il revienne dans son pays d'origine comme chef de sa tribu. Sa situation existentielle s'éclaire lorsque l'on apprend que les paroles qui accompagnent sa naissance décrivent son corps comme le résultat d'une fusion en un jumeau fille et un jumeau garçon et cette fusion va lui donner le statut d'un être-au-dessus des autres.

Le deuxième exemple sera tiré de l'article du Professeur béninois René Gualbert Ahyi : « *Victoire sur la mort - Réflexion sur la clinique du deuil à propos du Hoxosudidé* ».

Après quelques remarques sur l'importance et la fonction de l'enfant dans la famille et la société africaine et quelques considérations sur les naissances gémellaires chez les Fon (tribu béninoise), l'auteur décrit la cérémonie du Hoxosudidé, cérémonie en honneur des jumeaux après leur mort. La fonction de cette cérémonie peut être interprétée comme une tentative de prévention des deuils pathologiques. Dans la recherche de nouvelles méthodes de prévention et d'assistance en matière de santé mentale, cela pose le problème de l'importance de la recherche de la vraie signification de certains rituels ancestraux dans une Afrique en pleine mutation, à la croisée des chemins entre ses traditions et les processus d'occidentalisation.

Nous savons que notre société est en panne et en peine de repères symboliques.

Dans le Centre Africain de Développement Socioculturel, pour les consultations interculturelles, nous utilisons des médiateurs culturels qui sont bien sûr aussi concernées que le travail sur les cultures traditionnelles en Afrique peut apporter des soutiens pour le travail avec et parmi les immigrés d'origine africaine en Suisse. Elles sont importantes pour les sujets émigrés et leur famille, dans une démarche de facilitation à une meilleure intégration.

LES ENJEUX DE SANTE AUTOUR DE L'IMMIGRATION

Traditionnellement, le migrant est considéré à la fois comme porteur d'un risque et comme nécessitant une prise en charge particulière, du fait de sa supposée différence - largement construite par les institutions. Sa santé a longtemps été un domaine réservé aux spécialistes médicaux et autres psychologues. Or elle met en cause bien d'autres domaines de la vie de la cité, car elle relève plus du contrat social que de l'altérité. Ainsi l'approche culturaliste, qui évacue les explications alternatives tout en épargnant les institutions, doit être repensée.

Depuis longtemps, la "santé des migrants" est un chapitre obligé des manuels d'hygiène publique et de médecine tropicale. On y distingue traditionnellement trois types d'affections :

1. La "pathologie d'importation" correspond aux maladies, parasitaires notamment, mais aussi héréditaires, que l'émigré "emporte" avec lui ;
2. La "pathologie d'acquisition" reflète les conditions environnementales nouvelles dans lesquelles l'immigré se trouve désormais inséré et qui favorisent le développement de maladies infectieuses aussi bien que cardio-vasculaires ;
3. La "pathologie d'adaptation" traduit les difficultés rencontrées dans la confrontation avec la société dite d'accueil, à commencer par des troubles psychiques revêtant des formes singulières et justifiant des prises en charge particulières.

S'il présente l'évidence de la simplicité, un tel modèle, qui a forgé le raisonnement de générations de professionnels de la santé, n'en est pas moins problématique.

Il isole un secteur de la médecine qui justifierait une pratique spécifique, tant **somaticienne que psychiatrique**. Il constitue le corps du migrant en vecteur et récepteur passif de maladies. Il aboutit à représenter et souvent à nommer les étrangers comme un "groupe à risque" du point de vue de la santé publique, au sens d'un risque pour les autres (contamination potentielle) et d'un risque pour eux-mêmes (impossible intégration).

Cette double logique de discrimination (avec une clinique à part) et de naturalisation (avec son inscription corporelle), acceptée comme allant de soi par la plupart des intervenants, a longtemps empêché de penser les questions de santé autour de l'immigration. Pour en parler, il fallait être médecin, psychologue, épidémiologiste, autrement dit spécialiste du corps, de l'esprit ou de la statistique sanitaire. Et probablement est-ce parce qu'il se présentait comme un domaine réservé. Le propos de ce discours est précisément d'inverser le regard, de considérer que la santé, loin de relever d'une analyse autonome, pose au monde social des questions qui traversent d'autres domaines, comme l'école, le travail, le logement, et qui, par conséquent, appellent une réflexion scientifique et citoyenne au-delà de ses seuls spécialistes.

La présomption de différence

Outre que les réalités démographiques changent, et avec elles leur traduction épidémiologique - aujourd'hui par exemple, le paludisme est, en France, plus un problème pour les touristes que pour les immigrés -, le modèle traditionnel de la "santé des migrants" semble désuet en ce qu'il occulte précisément ce sur quoi il s'agit de s'interroger, en rabattant des problèmes complexes sur une nosographie trop simple. Plutôt donc que de s'intéresser à des pathologies, on parlera ici d'"enjeux". Qu'est-ce qui, dans les sociétés contemporaines, se joue autour du corps, de la maladie, de la souffrance, dans leur rapport à l'immigration ? Telle est la question qui a présidé à la construction de ce dossier.

Au fond, il s'agit de considérer que la santé des immigrés n'existe pas en soi, inscrite en quelque sorte dans des gènes, des microbes ou des processus psychiques, mais qu'elle existe dans la relation qui est historiquement construite par des acteurs sociaux. Deux enjeux paraissent à cet égard particulièrement significatifs : la construction de la différence en termes de culture dans les institutions médicales et sanitaires ; le développement de la citoyenneté sociale autour du corps et de la maladie.

Le rapport à l'Autre présume toujours une différence. Chacun construit son identité et sa relation à l'altérité en posant cet écart, a priori irréductible, entre soi et autrui. S'agissant de l'étranger, la différence semble d'autant plus naturelle qu'elle se manifeste souvent dans l'évidence de l'apparence physique, de la tenue vestimentaire, de la pratique langagière, des conduites corporelles. Face à cette évidence, ce sont, d'une part la familiarité patiemment acquise avec cette étrangeté initiale, et d'autre part le travail réflexif, fréquemment ancré dans une analyse politique, qui vont permettre de dépasser l'absolu de la différence pour construire une dialectique de l'altérité et de l'universel, c'est-à-dire pour penser l'Autre comme différent de soi et pourtant même que soi.

Les anthropologues n'ont cessé de s'interroger sur cette tension entre "l'unité de l'homme" et la "pluralité des cultures" (3). On ne s'étonnera donc pas qu'elle anime particulièrement, les acteurs du secteur socio sanitaire qui se trouvent confrontés à des patients immigrés.

Une surinterprétation culturelle

La quête permanente de ressources financières, l'absence de titre de séjour, peuvent souvent rendre compte de comportements en matière de santé et de soins, bien mieux que toute essentialisation de la différence.

Le domaine de la santé renforce en effet cette tension puisqu'il met en présence, d'un côté des perturbations inscrites dans l'intimité des organes, des tissus, des cellules, dont on peut penser qu'elles sont assez largement partagées par tous, et de l'autre des expressions, et même, dans certains cas, des fréquences de certaines maladies, qui varient selon les groupes en fonction notamment de leur origine. Si la tuberculose pulmonaire ou l'ulcère gastrique sont, en première analyse, les mêmes chez l'autochtone et chez l'immigré, leurs manifestations cliniques et leur incidence statistique peuvent différer assez notablement.

Il arrive même que, comme pour la drépanocytose qu'étudie l'inscription génétique de l'affection vienne radicaliser, voire racialisier la différence. Cette diversité de la pathologie dépasse cependant la seule dimension liée à l'origine géographique ou ethnique puisqu'elle est également documentée depuis longtemps, parmi les Français, entre les citadins et les ruraux, entre les ouvriers et les cadres, entre les femmes et les hommes. La différence, aussi bien dans l'occurrence des pathologies que dans leur traduction en symptômes, ne se pose donc pas seulement par rapport à l'étranger. Dans ce cas, toutefois, il est remarquable que ce soit généralement la culture que l'on mette en avant.

Le culturalisme peut ainsi être considéré comme un raisonnement ordinaire, qui se distingue donc de la théorie savante nord-américaine développée autour de l'école Culture et personnalité dans les années trente, par lequel la différence est interprétée en termes de culture. C'est ainsi que l'on expliquera, par exemple, des difficultés rencontrées dans la mise en livre de programmes d'éducation sanitaire, dans la prise en charge de maladies chroniques nécessitant des traitements contraignants, dans la compréhension d'attitudes ou de comportements peu conformes aux normes et aux attentes des intervenants.

De manière caricaturale, le saturnisme infantile, cette intoxication liée aux vieilles peintures au plomb dont a pu être présenté comme une maladie d'origine culturelle puisqu'elle affectait presque exclusivement les enfants de familles africaines. Il s'agit en fait d'une pathologie de l'habitat ancien et dégradé, identifiée comme telle depuis le début du siècle en Amérique du Nord. Il arrive d'ailleurs que l'on fasse parfois appel à des anthropologues, plus souvent à des ethnopsychiatres, pour interpréter ces situations inconfortables.

Et l'on suppose alors que des singularités, éventuellement exotiques, permettront d'expliquer, par des "croyances" ou des "représentations", ce que l'on ne comprenait pas. Nul domaine de la clinique n'est autant sujet à cette surinterprétation culturelle que la psychiatrie, comme le montre tant il est difficile de penser la "causalité psychique" dans la différence.

Le culturalisme ordinaire, une triple violence

Une telle lecture, dont rappelle qu'elle sous-tend largement la "demande sociale" d'anthropologie, opère comme une véritable violence à l'encontre des immigrés, et ce pour au moins trois raisons. Tout d'abord, le culturalisme leur ôte la prérogative de l'universel : dans bien des cas, les spécificités présumées relèvent en fait, pour peu qu'on cherche à les comprendre, parfois tout simplement par le dialogue, de rationalités dans lesquelles il est facile de se reconnaître soi-même. Nombre de comportements posés a priori comme étranges deviennent alors tellement familiers qu'on se prend à penser qu'à la place de l'autre, on agirait sans doute comme lui.

Ensuite, le culturalisme élude les explications alternatives des pratiques : en particulier, les conditions matérielles, les statuts juridiques, les contraintes de l'existence sont gommés au profit de la seule donnée culturelle. Or, être en permanence en quête de ressources financières, ne pas avoir de titre de séjour, subir des discriminations au

quotidien, sont des éléments qui peuvent souvent rendre compte de comportements en matière de santé et de soins, bien mieux que toute essentialisation de la différence. Enfin, le culturalisme exonère celui qui y a recours de toute analyse de sa propre implication, ou de celle de son institution, dans la production de la différence.

On conçoit qu'il soit souvent plus aisé d'admettre que les problèmes rencontrés résultent d'une difficulté d'adaptation de l'autre ; mais c'est alors souvent au prix d'un redoublement de la stigmatisation, quand bien même l'explication culturelle se veut une excuse généreuse, et d'un évitement de toute mise en cause des institutions médicales, sociales ou judiciaires qui produisent ces discours. Ce qu'indiquent, au fond, ces contributions d'anthropologues, qui ont tous une longue expérience de collaboration avec le monde de la santé, c'est qu'il est possible, et nécessaire, d'avoir une réflexion exigeante sur les usages de la culture dans l'analyse de la différence. Exigeante sur le plan intellectuel, de manière à rendre toute sa richesse, sa complexité et son historicité à la culture. Exigeante d'un point de vue politique, afin de ne pas enfermer l'autre dans une indépassable différence.

Un questionnement sur la cité

La présence de l'étranger ne saurait toutefois se réduire à l'immédiate perception d'une altérité. Elle implique simultanément un questionnement sur la cité. Quelle place y accorde-t-on à celui qui vient d'un autre territoire ? Quelle citoyenneté propose-t-on à celui qui a une autre nationalité ? Ces questions se posent avec une double acuité pour ce qui concerne la santé et, au-delà, la protection sociale. D'une part, on a affaire à des réalités qui sont posées aujourd'hui en termes universels : la maladie et la souffrance n'ont pas de frontières et l'accès à des soins fait partie des droits imprescriptibles de l'homme. D'autre part, on se trouve confronté à des problèmes dont les solutions se définissent au niveau national : la santé publique et l'assistance sociale relèvent pour l'essentiel des prérogatives de l'État.

L'immigration met, à l'évidence, ces deux éléments en tension. Comme le rappelle le groupe "Protection sociale", l'histoire des politiques en matière de protection sociale et de prestations médicales est ainsi faite de mouvements pendulaires faisant alterner des périodes de plus grande générosité et des phases de remise en cause des acquis. À chaque nouvelle législation ou nouveau dispositif, ce sont les fondements de la solidarité qui se trouvent redéfinis, au moins partiellement. Ainsi, la couverture médicale universelle, tout en favorisant effectivement l'accès aux droits et aux soins d'une partie importante de la population étrangère, produit-elle du même coup une séparation inédite entre ceux qui ne peuvent faire valoir une "résidence stable et régulière" et les autres.

Mais la réglementation, si elle prescrit les pratiques, ne les décrit pas. Entre ce qui est énoncé dans les textes législatifs et ce qui est appliqué dans les faits, l'écart peut être grand. En atteste la répétition des circulaires cantonales rappelant aux directeurs d'hôpitaux que l'accès aux soins doit être assuré dans leurs établissements quelle que soit la condition sociale, économique ou juridique des patients. En témoigne également l'ouverture de consultations par des associations humanitaires prenant acte des difficultés rencontrées concrètement par les malades, notamment étrangers, dans les

structures publiques. Les enquêtes menées par différentes associations, rapportent certaines données rassemblées révèlent ainsi que les étrangers sont proportionnellement dix fois plus nombreux dans les centres de soins gratuits que dans le régime général d'assurance-maladie.

La vulnérabilité passée sous silence

Si l'on est aussi loin des principes républicains d'égalité et d'universalité posés dans la loi, c'est que beaucoup d'obstacles s'opposent à leur application. Ainsi, en matière d'aide médicale, s'est-on rendu compte qu'il existait une méconnaissance de leurs prérogatives par les personnes concernées, ou parfois une crainte, pour celles qui n'avaient pas de titre de séjour, d'être dénoncées au moment de la constitution de leur dossier. On a également constaté qu'il existait un défaut de compétence ou une mauvaise volonté de la part de nombre d'agents administratifs, médicaux ou sociaux, qui répondent aux étrangers, surtout en situation irrégulière, qu'ils n'ont "droit à rien". Mais il est apparu aussi que le climat politique national influait sur les pratiques locales et que la citoyenneté sociale se trouvait beaucoup plus menacée dans les périodes où la xénophobie se banalise dans le discours politique.

On comprend, dans ces conditions, que la publication de statistiques sanitaires incluant des données sur l'origine ou la nationalité, différenciant par conséquent les immigrés des autochtones ou les étrangers des Suisse, soit toujours présentée comme une affaire sensible. La santé ne diffère guère sur ce point d'autres domaines pour lesquels le même silence a prévalu sur la base d'arguments similaires : souci de ne pas stigmatiser, refus de reconnaître les faits de discrimination, volonté de promouvoir un modèle d'intégration. Elle y ajoute une dimension particulière de dramatisation, puisqu'il est question de souffrance et parfois de mort, mais aussi de menace lorsqu'il s'agit de maladies infectieuses.

Dans le cas du sida, explique comment la catégorisation des populations a posé au système national d'information sanitaire un problème insurmontable, notamment à cause de l'association explicitement faite, tant par les épidémiologistes que par l'opinion, entre immigration et risque. Pendant près de deux décennies, le lien ainsi établi a rendu non diffusables des statistiques dont montre néanmoins qu'elles peuvent, pour autant qu'on les interroge autrement, révéler non seulement une plus grande vulnérabilité des étrangers à cette infection, mais également des difficultés plus importantes à accéder au dépistage et au traitement. En passant ainsi de la question de la transmission à celle de l'inégalité, on déplace l'analyse d'un problème de danger à un enjeu de citoyenneté.

Une politique de la compassion

Cet enjeu n'est nulle part aussi manifeste que lorsqu'on a affaire à des catégories socialement et politiquement exclues. Ainsi en est-il des populations tsiganes, auprès desquelles Pierre Aïach et Farid Lamara (p. 117) ont conduit une étude avec Médecins du Monde. Aux marges de la ville et de la cité, elles présentent une sorte d'invisibilité conduisant à ce que le souci de la dignité humaine et de la justice sociale soit le plus souvent relégué derrière les préoccupations d'ordre public.

Ainsi en est-il aussi des étrangers malades soumis au régime d'exception de la "double peine" qu'évoque : en principe ni expulsables, à cause de leur affection, ni régularisables, car sous le coup d'une interdiction du territoire, ils n'en sont pas moins parfois reconduits aux frontières et renvoyés dans un pays dont ils n'ont que la nationalité. Situations limites, certes, mais on sait que c'est à partir de ces limites que se construit toujours le territoire de la cité. À cet égard, on ne peut manquer de s'interroger sur la signification des évolutions récentes.

L'extension d'un double régime d'assurance et d'assistance en matière de maladie, qui aujourd'hui inclut même les étrangers disposant d'un récépissé de dépôt de dossier de régularisation, et l'instauration d'un droit au séjour pour raison de soins, permettant l'obtention d'un titre provisoire, indiquent la légitimité dont les sociétés contemporaines investissent la santé. Phénomène d'autant plus remarquable qu'au plus fort de la mise en livre de législations restrictives, ces dispositions, défendues par des collectifs associatifs, n'ont guère été contestées.

Dans le même temps, on le sait, le droit d'asile reculait considérablement puisque le nombre annuel de nouveaux réfugiés était, à la fin de la décennie quatre-vingt-dix, six fois plus faible que dix ans auparavant. C'est dire le basculement qui s'est opéré en peu de temps dans la hiérarchie des valeurs : à l'asile politique s'est substituée la raison humanitaire ; l'individu menacé a laissé la place au corps souffrant. Ainsi construite, la citoyenneté tend toujours plus à trouver sa source dans une reconnaissance de l'Autre dans un registre de la compassion, dont on peut se demander s'il constitue le socle sur lequel nous souhaitons bâtir la société civile.

Pour peu que l'on délaisse la vision classique d'une "santé des migrants" pour s'interroger sur la manière dont le corps de l'immigré inscrit dans notre monde social le signe d'une différence et l'attente d'une citoyenneté, c'est donc un tout autre territoire que l'on explore. Moins sanitaire que politique. Non plus réservé aux spécialistes mais largement ouvert sur les débats qui animent la société. Il y est question de pluralité autant que de culture, d'inégalité autant que d'altérité. Plus que de maladies parasitaires et de consommation médicale, on y parle de démocratie et du contrat social sur lequel nous voulons la fonder. Au fond, tout ce qui fait que l'étranger nous oblige à penser ce que nous sommes.

Malade étranger, étrange malade ?

En naturalisant la différence dans le champ de la santé, on s'expose à ne plus regarder les immigrés que collectivement, à les traiter séparément dans tous les domaines, et ainsi à créer les conditions d'une segmentation par origine des problèmes sociaux.

De même qu'au XIXe siècle, comme l'a parfaitement montré par des politiques helvétiques, les mesures administratives visant à surveiller la circulation des étrangers ont préfiguré une politique de contrôle de l'ensemble de la population, nationaux compris (avec entre autres l'instauration de la carte d'identité obligatoire), de même la politique de santé en direction des migrants est susceptible de rattraper demain, d'une manière ou d'une autre, l'ensemble de la politique de santé de ce pays.

Car au-delà même du seul domaine sanitaire et social, la santé des migrants renvoie au devenir de la société tout entière, depuis la régulation des flux migratoires jusqu'aux conditions du droit d'asile, depuis la politique du logement jusqu'à celle de l'emploi, depuis la protection sociale jusqu'à l'égalité des soins. Elle interroge par tous les côtés à la fois les fondements politiques, et même philosophiques, de la société Helvétique. Ainsi en va-t-il par exemple du traitement de la différence, qui dans ce domaine pose des questions d'autant plus aiguës que l'on touche à la souffrance, à la maladie et à la mort.

Pourtant, ladite "santé des migrants" est devenue un vocable désuet, renvoyant à une pratique de gestion sanitaire des populations qui ne l'est pas moins. De même que la médecine tropicale a dû s'affranchir du regard condescendant du colonisateur, la pratique médicale doit cesser de regarder d'abord l'immigré pour voir en premier lieu le patient, l'individu. Bien sûr, il ne faut pas pour autant oublier que les souffrances psychiques de l'exil, ainsi que certains traits de la culture d'origine peuvent expliquer la manière dont le patient perçoit sa maladie, et qu'ils peuvent même obérer le traitement habituellement réservé à celle-ci.

Mais le malade étranger ne peut plus être cet étrange malade dont la culture d'origine expliquerait toutes les affections, en particulier psychiques. Car si l'étranger partage avec ses compatriotes une culture, il partage aussi avec ses homologues au sein de la société d'immigration, qu'ils soient Suisses ou d'autres origines que lui, des conditions de vie - le chômage, la discrimination institutionnalisée, la précarité du séjour, l'exclusion, la pauvreté - qui contribuent tout aussi bien à expliquer certaines pathologies dont il souffre.

De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries

Les discours ethno psychiatriques, axés sur la différence et la distinction ethnique, réduisent le migrant à sa seule dimension culturelle, faisant fin de la subjectivité et du degré d'adhésion de l'individu à des croyances, au sein de systèmes de valeurs souvent comparables, de par leur rationalité, aux systèmes occidentaux. La pratique clinique, elle, distingue essentiellement malades et non-malades et se concentre sur le sujet. A l'appui de cette démarche, l'anthropologie montre que les formes singulières de l'individualité ne se déduisent pas des logiques collectives, que la culture évolue de par la migration, et que tout patient, étant soumis à des codes sociaux préexistants contraignants, développe des stratégies pour y échapper.

Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration

Parce qu'il affecte essentiellement des enfants d'origine africaine, le saturnisme a été traité, dans les années quatre-vingt, comme une maladie liée à des comportements culturels spécifiques. Même après sa reconnaissance en tant que maladie de l'habitat insalubre, sa prise en charge a été freinée par les difficultés qu'entraîne le relogement des familles touchées. On a ainsi assisté à la "sanitarisation" d'une question sociale car, dans un contexte politique et social peu favorable, il est plus facile de parler d'un problème sanitaire que du logement et des conditions de vie des immigrés.

SE FAIRE MOINS DE SOUCIS POUR UN MIEUX VIVRE

Les soucis ou les inquiétudes font partie de la vie quotidienne. Il est humain de s'en faire à propos d'événements que l'on craint voir se produire. Les inquiétudes se définissent comme un ensemble de pensées, d'images et de doutes qui s'enchaînent et qui concernent des événements négatifs probables. Contrairement aux ruminations qui réfèrent à des situations passées, les soucis touchent toujours des situations futures éventuelles. Ces anticipations négatives engendrent un malaise physique et psychologique nommé **anxiété**.

Cette émotion est accompagnée de différentes sensations comme une accélération du rythme cardiaque, le souffle coupé, une gêne thoracique, une difficulté à digérer, etc. Dans notre dialogue intérieur, parfois inconsciemment, les inquiétudes revêtent souvent la forme suivante : « Si jamais ...alors ce serait intolérable ». Voici quelques exemples : « Si jamais je perdais papa, maman, ou Fido; si jamais il était arrivé quelque chose à Thomas; si jamais Michelle ne s'intéressait plus à moi, si jamais j'arrivais en retard, si jamais j'échouais, si jamais je ne suis pas à la hauteur...alors ce serait intolérable ». Les gens qui se font beaucoup de soucis sont ces scénaristes exceptionnels, ils sont passés maîtres dans l'art d'imaginer des **scénarios catastrophiques**.

Certaines personnes sont convaincues que s'inquiéter leur est utile. Y voyant des avantages, il devient ainsi plus difficile de mettre fin à l'habitude de s'en faire à propos des événements. Parmi les fausses croyances qui renforcent les gens à se faire du souci, certaines personnes croient que cela les aide à régler des problèmes, à empêcher qu'un malheur se produise, à se protéger d'émotions négatives ou à être mieux armées lorsqu'un problème surviendra. Or, il faut savoir que les inquiétudes sont bénéfiques que dans une certaine mesure et à une intensité convenable. La plupart du temps, elles nous empêchent de profiter pleinement de la vie.

Lorsque les inquiétudes reviennent sans cesse, qu'elles sont difficiles à contrôler et qu'elles créent une anxiété importante pouvant mener à la panique, elles peuvent engendrer une souffrance importante. À la longue, la personne soucieuse peut devenir agitée, irritable, éprouver des tensions musculaires, faire de l'insomnie, avoir de la difficulté à se concentrer, se trouver constamment fatiguée et afficher des signes d'épuisement, voire de dépression.

Il existe une approche qui s'est avérée efficace dans la gestion des inquiétudes qui intervient sur la manière de penser et d'agir de la personne : l'approche cognitive et comportementale. Prenons un exemple concret pour illustrer quelques uns de ses outils à partir d'une peur que l'on rencontre fréquemment dans la population, soit celle de contracter une maladie grave. Certaines personnes s'inquiètent excessivement à propos d'être atteint d'une maladie grave, même si elles n'ont jamais eu de diagnostic de telles maladies dans leur vie, mais connaissent, par exemple, un proche aux prises avec cette maladie. Voici donc comment faire face au scénario catastrophique suivant : « Si jamais j'avais une grave maladie, alors ce serait bouleversant et tragique pour moi et mes proches ».

1. **Identifier d'abord la situation** qui mène aux inquiétudes. La plupart de temps, étant sensible à nos moindres sensations physiques, les inquiétudes commencent par un symptôme physique qui paraît inhabituel, par exemple, un mal de gorge.
4. **Noter le thème** ou le contenu de l'inquiétude. Par exemple : « Voilà, je suis en train de me faire du souci à propos d'avoir une maladie ». C'est important, car parfois nous éprouvons un malaise, mais sans prendre conscience de ce qui nous affecte intérieurement.
3. **Évaluer**, sur une échelle mentale de 1 à 10, à quel point vous ressentez de l'anxiété face à cette inquiétude (10 étant un sentiment très élevé d'anxiété se rapprochant de la panique). Cela peut aider à voir que l'anxiété se situe sur un continuum et qu'elle peut être diminuée.
4. Si l'anxiété est trop élevée, prendre **4 grandes respirations** pour ramener l'anxiété à un niveau acceptable, autour de 3-4 sur 10. Bien respirer par le nez, puis expirer lentement tout l'air de vos poumons par la bouche.
5. **Accepter** la pensée et l'émotion avec bienveillance. Lorsque le souci ou l'anxiété apparaît, ne pas tenter absolument de contrôler l'anxiété ou de chasser l'inquiétude à tout prix. Cela ne fait habituellement qu'augmenter les émotions. Lorsque l'inquiétude surgit, accueillir la pensée et la regarder simplement passer dans sa tête, comme un film qui se déroule sous ses yeux, sans trop y accorder de l'importance. Se rappeler que l'anxiété et les inquiétudes sont des expériences normales.
6. Lorsque l'inquiétude réapparaît, se poser ensuite la question : Est-ce une inquiétude **utile** (ou saine), qui m'aide à résoudre un problème immédiat face à une situation, ou est-ce une inquiétude répétitive, malsaine ou disproportionnée, qui m'est alors **inutile** ?
7. **A)** Si en toute objectivité, vous évaluez qu'il est utile de s'en faire pour un problème réel, procéder à la **résolution de problème**. Faire d'abord l'inventaire par écrit de toutes les solutions possibles face à votre malaise. Faire ressortir ensuite les avantages et les inconvénients pour chaque option, et déterminer enfin une action à mettre en place pour régler sa situation. Par exemple, si vous êtes rationnellement convaincu que les symptômes peuvent être les signes d'une maladie, vous pouvez stratégiquement demander l'avis à un proche, appeler info santé, prendre rendez-vous avec un médecin, faire une recherche d'information sur internet ou aller à l'urgence.

Cependant, ici, il faut savoir bien évaluer l'objectivité de la situation, car de tels gestes de « réassurance », lorsque répétés trop souvent, peuvent renforcer les inquiétudes en cas de « fausse alarme ». Vous auriez alors constamment besoin de vous réassurer dans le futur face à cette même situation et n'apprendriez pas à tolérer l'incertitude. Ainsi, il est préférable de se donner parfois un délai d'attente de quelques heures et réévaluer plus tard s'il est toujours utile d'aller consulter pour le

malaise physique. Souvent, vos inquiétudes diminuent d'elles-mêmes et vous vous rendez compte, après coup, que vos peurs étaient disproportionnées.

B) Lorsque l'inquiétude est persistante et évaluée en toute objectivité comme étant inutile ou irrationnelle, se **parler fermement mais gentiment**, en se convaincant que cette inquiétude est inutile en ce moment, qu'elle ne reflète pas la vérité. Pour être certain de bien vous convaincre, on peut se parler à voix haute dans ces situations. Se répéter : «Tu t'en fais encore pour rien, c'est ta cassette qui repart et ça ne vaut pas la peine d'accorder de l'importance à cette pensée». Et pourquoi pas chanter la chanson *Don't worry be happy* avec humour? Cela dédramatiserait la situation.

8. Si après vous être parlé l'inquiétude demeure, revenir à l'**activité** que vous faisiez ou s'engager dans une nouvelle activité (lecture, télévision, relaxation, dormir, sport). Choisir une activité qui vous permet de faire le vide. Si vous êtes constamment sous tension et suspectez un trouble anxieux, il importe de faire quelque chose. Différentes possibilités s'offrent à vous : essayer de transformer les situations anxiogènes, parler à des amis, aller à des rencontres de groupe, faire du sport, de la détente, etc. Vous pouvez aussi consulter votre médecin de famille ou un psychologue afin d'obtenir une évaluation et de l'aide.

Vous pouvez appliquer ces trucs à différentes situations. L'objectif de ce texte n'est pas de maîtriser toutes ces étapes. Si vous pouvez retenir simplement un ou deux outils, l'objectif sera atteint. Aussi, on ne vise pas à réduire entièrement les soucis, on tente plutôt de mieux vivre avec ces derniers. À ce sujet, les recherches démontrent que lorsque l'on cherche à contrôler ou diminuer un état émotionnel, cela a comme effet d'augmenter la fréquence et la durée de ces états, car leur apparition prend une connotation négative.

En somme, pour être bien dans son esprit, abordons les soucis comme faisant partie de la vie, voire même comme des amis...

Notre livre : Santé & Guérison Emotionnelle peuvent vous aider ! Pour commander appeler 032 730 3809 ou écrire : info@coeurlibre.ch

Pour les débats et conférences, veuillez s'il vous plait nous contacter :

Centre de Développement Socioculturel

Case Postale 27

2035 Corcelles

Tel : 032 730 38 09

Email : info@cads.ch

www.cads.ch