

Michèle Wirion

# Santé mentale et exil au Luxembourg

## Pour une prise en charge spécifique et adaptée des primo-arrivants et des immigrés

Le Luxembourg change. Et ce ne sont pas les éternels chantiers renouvelés de la ville ou l'apparition de nouveaux magasins de luxe qui marquent le changement le plus profond dans la vie de la cité, mais ce sont les visages des gens que l'on croise dans les rues. C'est l'apparition de visages qui évoquent des pays lointains, des cultures différentes, des réalités sociales pas toujours roses et des histoires personnelles compliquées, voire chaotiques.

De fait, à Luxembourg, aujourd'hui et depuis un certain temps déjà, de manière de plus en plus perceptible, la population urbaine a commencé à se métisser.

Mais qui sont ces gens dont les visages incarnent, en fonction de l'observateur, un exotisme fascinant ou une altérité redoutable ?

### Une société cosmopolite et composite

Aux frontaliers belges, allemands et français, aux Luxembourgeois issus de l'immigration italienne ou portugaise, aux Portugais de première, de deuxième ou de troisième génération, aux travailleurs européens qualifiés qui résident au Luxembourg la durée d'un contrat de travail, se sont ajoutés depuis 1996 les premières personnes, d'origines diverses, qui ont demandé l'asile au Luxembourg dans le cadre de la convention de Genève. Si l'arrivée des premiers réfugiés est antérieure à cette date, il a fallu attendre 1996 pour que le Luxem-

bourg réponde à ce phénomène migratoire en se dotant d'une loi réglant la question de la demande d'asile.

Selon les chiffres officiels, environ 11 500 personnes ont introduit une demande d'asile au Luxembourg entre 1996 et 2009<sup>1</sup>. Si, selon le Statec<sup>2</sup>, en 2010, 43,1 % de la population luxembourgeoise totale sont de nationalité étrangère, 13,9 % des non-Luxembourgeois sont des étrangers hors Union européenne. En 1991, le pourcentage d'étrangers hors Union européenne était encore de 8 % parmi la population étrangère totale, ce qui signifie en moins de 20 ans un quasi-dédoublage de cette population. Il est vrai que le Luxembourg a ainsi un profil démographique plutôt atypique en comparaison avec ses voisins directs : un taux « record » d'étrangers, mais relativement à ses voisins directs, un taux inférieur d'étrangers issus de pays hors Union européenne.

En 2010, 5,99 % de la population luxembourgeoise totale sont ainsi originaires de pays tiers. Ces chiffres ne prennent bien évidemment pas en compte le nombre de personnes illégalement présentes au Luxembourg, et donc forcément non recensées, que certains acteurs de terrain évaluent à quelques milliers. Il s'agit de personnes qui ont été déboutées de la procédure d'asile et qui ont par la suite « disparu de la circulation », ou alors de personnes qui n'ont jamais tenté de régulariser leur situation administrative.

### L'exil comme condition fragilisante : rupture, pertes, traumatismes

Afin d'éviter une distinction simpliste et souvent artificielle entre l'asile (pour des raisons politiques) et la migration (pour des raisons économiques), j'utilise ici le terme « exil » et « exilés » pour désigner la réalité de ces personnes originaires de pays hors Union européenne, qui ont été contraintes, pour des raisons souvent multiples et complexes, de quitter leur pays d'origine et de rejoindre l'Europe. Nous insistons sur la contrainte, car personne ne laisse derrière lui de manière définitive sa maison, son pays, son environnement social et culturel pour des raisons futilles. Une histoire plus ou moins douloureuse précède et porte en elle l'origine de chaque exil. Le manque absolu de perspectives d'avenir peut ainsi faire apparaître l'exil comme une obligation, tout comme évidemment des persécutions politiques ou encore un conflit social ou familial.

L'exil, à travers un voyage parfois long et périlleux, constitue donc une rupture avec la vie antérieure, et confronte la personne à des pertes multiples (liens sociaux, statut

---

Michèle Wirion travaille en tant que psychologue et psychothérapeute à Tabane ASBL, un centre de santé mentale spécialisé dans la prise en charge de migrants et d'exilés, à Liège. Elle est aussi membre fondateur de l'ASBL Mosaïques, dont les objectifs sont la promotion et le développement d'un accompagnement psychosocial et d'une pratique psychothérapeutique spécifiques avec des migrants et des réfugiés, au Luxembourg.

social, biens...) qui demandent à être élaborées quand elle arrive en terre d'accueil. Par ailleurs, il ne faut pas sous-estimer la perte de l'« enveloppe culturelle ». L'exil est en effet une situation transculturelle qui entraîne la perte des repères d'ordre symbolique, et notamment la perte d'une langue partagée, à travers laquelle on appréhende le monde avec une large partie de la population.

Lorsque l'accueil se fait dans de bonnes conditions et que les événements vécus ne relèvent pas de l'ordre du traumatisme, un certain nombre d'exilés arrivent à s'adapter à leur nouvel environnement et à se reconstruire dans l'ailleurs de la terre d'accueil. Mais, pour nombre d'entre eux, les événements du passé continuent à les hanter au jour le jour, et ce, d'autant plus qu'en l'absence de certitudes quant à l'avenir de leur séjour, le temps est comme à l'arrêt. Un pourcentage non négligeable des personnes exilées a en effet subi un ou plusieurs traumatismes qui risquent de se constituer en ce que le DSM-IV<sup>3</sup>, la bible de la psychiatrie américaine, appelle le syndrome de stress posttraumatique.

Bien que dans le discours sociétal d'aujourd'hui, le traumatisme (ou le stress posttraumatique) soit devenu un vocable largement (sur)employé, pour des raisons dont le développement dépasserait le cadre du présent article<sup>4</sup>, il convient toutefois d'en préciser le sens d'un point de vue clinique. Nous parlons de traumatisme lorsqu'une personne a vécu un événement qui la confronte de trop près au réel de la mort, et qu'ensuite, cette rencontre, au lieu de s'intégrer dans son histoire personnelle, continue à se rappeler constamment à elle, de manière à barrer la voie à d'autres souvenirs. L'événement traumatique fait voler en éclats le sentiment de sécurité qui nous permet de vivre, et entraîne une perte de la confiance en soi, dans l'autre et dans le monde. Les choses se compliquent encore lorsque des situations de guerre ou de torture, c'est-à-dire des actes humains intentionnels, sont à l'origine d'un traumatisme.

### L'intérêt d'une prise en charge spécifique et adaptée

Pour nous, il est évident que de ces spécificités de l'exil découle la nécessité d'une prise en charge adaptée. Cette prise en

charge se décline selon plusieurs axes : tout d'abord, elle doit pouvoir répondre à des traumatismes lourds et souvent secondaires à des actes humains intentionnels. Elle doit par ailleurs connaître et reconnaître les enjeux géopolitiques et socioéconomiques de l'exil. Enfin, elle doit prendre en compte les représentations culturelles du patient, non pas forcément à partir de connaissances anthropologiques pointues, mais à travers une sensibilité particulière à questionner les représentations courantes, les présupposés



© Patrick M. Loeff - flick.com

communs. Afin de surmonter les barrières linguistiques face à des patients primo-arrivants, le travail avec un interprète ou un médiateur interculturel constitue une autre spécificité non négligeable qui présume à la fois la présence d'interprètes formés aux entretiens psychosociaux et la capacité du thérapeute à travailler avec ce tiers inhabituel.

On peut évidemment critiquer la tendance à spécialiser à outrance les dispositifs de santé mentale, en fonction de la problématique et de la population visées. Pourtant, que ce soit pour le traitement de l'anorexie mentale, de la toxicomanie ou de la douleur chronique, il existe dans le domaine de la santé mentale une tendance à créer des centres spécialisés afin de mieux traiter les différentes pathologies. Face à une approche

spécifique de la santé mentale des personnes en exil, la critique classique consiste à reprocher une ségrégation, une ghettoïsation en amont de cette population, par la prise en compte de ses spécificités. Cette critique, à l'image de celles que l'on peut adresser aux politiques de « discrimination positive », sous-entend que face aux inégalités existantes et aux différences réelles, il ne convient pas d'intervenir<sup>5</sup>. Nous pensons au contraire que prendre ces troubles psychiques au sérieux, en se donnant des moyens spécifiques, et ce, dès l'arrivée des personnes en Europe, est la manière la plus concrète pour œuvrer à une future intégration sociale de ces personnes.

C'est la stratégie adoptée par nos différents voisins européens face aux problèmes de santé mentale des personnes en exil. Que ce soit l'association Appartenances co-crée par Jean-Claude Métraux à Lausanne, le Centre Primo Levi à Paris ou Exil à Bruxelles, pour n'en citer que quelques-unes, nombreuses sont aujourd'hui les associations en Europe qui, chacune avec ses spécificités historiques et ses partis pris cliniques, travaillent dans ce champ de la santé mentale<sup>6</sup>.

### La situation au Luxembourg

Au Luxembourg, la création d'une telle structure n'est pas à l'ordre du jour, et cela malgré la présence bien réelle de ces personnes sur notre territoire. En 2005, une étude européenne portant sur l'accès aux soins de santé des demandeurs d'asile dans l'Union européenne avait montré que le Luxembourg faisait partie, avec la Lettonie et la République de Chypre, d'une minorité de pays de l'Union européenne dépourvus d'institutions spécialisées dans la prise en charge de demandeurs d'asile et de réfugiés traumatisés<sup>7</sup>. Un argument souvent évoqué pour expliquer cet état de fait souligne que le nombre de personnes concernées serait trop peu important pour justifier la création d'une telle structure. Cet argument, qui nous paraît tout à fait sensé, semble toutefois ignorer le fait qu'à côté de quelques milliers d'exilés, qui seraient en quelque sorte la pointe de l'iceberg, le Luxembourg compte de nombreux immigrés qui, moins confrontés à des traumatismes de guerre ou de torture, vivent souvent des difficultés importantes sur le

plan interculturel, et pour qui un tel centre spécialisé pourrait aussi représenter un point d'ancrage précieux.

En 2005, nous avons nous-même entrepris une recherche somme toute relativement modeste sur cette question de la santé mentale des exilés au Luxembourg, à travers l'évaluation qu'en faisaient un certain nombre d'acteurs de terrain<sup>8</sup>. Bien avant cette date, en 2001, M.-C. Charles avait tiré la sonnette d'alarme dans son rapport sur la santé mentale des demandeurs d'asile<sup>9</sup>, en pointant la détresse que vit au quotidien cette population.

Notre étude avait été guidée, quant à elle, par les questions suivantes : si un accompagnement psychosocial spécialisé des personnes exilées est inexistant au Luxembourg, de quel type d'accompagnement cette population bénéficie-t-elle ? Et comment les acteurs de terrain travaillant avec ce public évaluent-ils la santé mentale des exilés ? Quant aux professionnels de la santé mentale, quel regard portent-ils sur la prise en charge actuelle des problèmes psychiques de cette population ? Sans revenir en détail sur les données recueillies, il nous semble intéressant de présenter ici les principaux constats qui avaient découlé de cette recherche.

Primo, concernant la question de la perception de la santé mentale des exilés au Luxembourg par les travailleurs sociaux (travaillant dans les associations de soutien socio-juridiques et dans les structures de l'État), nous avons été surpris par leur caractère relativement divergent. Si tous les acteurs de terrain reconnaissent bel et bien l'existence d'un certain nombre de problèmes psychiques parmi les exilés, la description de ces problèmes variait notablement entre les différents intervenants sociaux. Nous avons noté plus spécifiquement un écart important entre le discours des représentants des institutions de l'État et celui du secteur associatif. Ainsi, alors que les travailleurs de l'associatif se montraient alarmants quant à l'état de la santé mentale des exilés, les travailleurs des structures de l'État l'étaient beaucoup moins. Ceci, nous semble-t-il, tend à indiquer qu'avant de nous renseigner « objectivement » sur la situation psychosociale des personnes en exil, les impressions livrées par les acteurs

de terrain découvrent le langage en tant qu'outil de fabrication de la réalité sociale, ainsi que le poids de l'institutionnel dans le champ du social.

Mais l'écart entre les discours révèle surtout l'enjeu politique de la problématique de la santé mentale des exilés, dans le contexte mondialisé des relations Nord-Sud. À l'heure où les différents pays de l'Union européenne développent d'énormes efforts

---

**L'exil [...] constitue une rupture avec la vie antérieure, et confronte la personne à des pertes multiples qui demandent à être élaborées quand elle arrive en terre d'accueil.**

---

financiers et politiques pour enrayer le phénomène migratoire, la santé mentale des exilés n'est pas prioritaire, et cela d'autant moins que tous les pays membres sont hantés par la crainte de créer un « appel d'air » pour d'autres migrants, à travers un accueil « trop humaniste ». À cela s'ajoute la crainte que la pathologie psychiatrique ou psychologique puisse devenir un motif de non-éloignement du territoire en cas de rejet de la demande d'asile. Vu sous cet angle, il est moins étonnant que les professionnels du secteur associatif soulignent la dimension sociale de la souffrance psychique, appelant ainsi à de nouvelles réponses politiques, alors que les représentants des structures d'accueil de l'État insistent sur la confiance qu'ils ont dans le système médical existant.

Secundo, dans la rencontre avec des professionnels du secteur de la santé mentale, plusieurs interlocuteurs pointaient déjà en 2005 l'augmentation du nombre de demandes de prises en charge psychothérapeutiques de la part d'une population exilée. Certains signalaient par ailleurs que la clinique de l'exil revêt des spécificités qui ne sont pas toujours faciles à prendre en compte à l'heure actuelle. En fonction de leurs sensibilités cliniques, les différents intervenants plaident soit pour une amélioration de la prise en charge psychiatrique (formations plus spécifiques...), soit pour la mise en place de réponses alternatives à la psychiatrie (comprenant aussi une approche psychosociale en amont par l'amélioration des conditions de vie).

## Une approche pluridisciplinaire en réponse à la complexité géopolitique de l'exil

À l'étranger, le travail clinique avec des personnes exilées a clairement montré que la santé mentale de cette population ne peut pas être traitée comme une question d'ordre purement médicale. Lorsqu'une personne a été déniée dans son humanité à travers des tortures répétées, lorsqu'elle a perdu tous ses proches dans un génocide, lorsqu'elle a été contrainte de tout quitter pour échapper à la mort, les meilleurs médicaments du monde ne peuvent guérir ce qui s'est défait dans les rapports humains et sociaux ou plus globalement dans le champ symbolique.

La première tâche du thérapeute consiste donc à (re)devenir un autre digne de confiance pour le patient, un autre qui reconnaît les persécutions subies et face à qui certaines choses peuvent à nouveau se dire. Ce travail nécessite absolument la reconnaissance active du thérapeute, comme point de départ de la reconstruction de soi, et doit également comprendre la prise en compte des difficultés matérielles du patient, à travers un travail pluridisciplinaire (psychiatrique, social et psychologique) en accord avec le réseau existant. ♦

1 Cf. [www.gouvernement.lu/dossiers/justice/asile/](http://www.gouvernement.lu/dossiers/justice/asile/)

2 Cf. les données accessibles sur le portail des statistiques au Luxembourg ([www.statistiques.public.lu](http://www.statistiques.public.lu)).

3 *Diagnostic and Statistical Manual-Revision IV*, le manuel de référence psychiatrique pour la classification des troubles mentaux.

4 Cette évolution a été analysée par Rechtmann Richard, notamment concernant les demandeurs d'asile in *L'Empire du traumatisme*, Flammarion, Paris, 2007.

5 Notons que cette tendance à prôner le non-interventionnisme relève d'un parti pris libéral, qui présume la doctrine de la main invisible d'Adam Smith selon laquelle l'État doit limiter au maximum son action dans le champ social.

6 Certaines associations francophones sont organisées dans un réseau, RESEDA, réseau francophone de soins et d'accompagnement pour les exilés victimes de torture et de violence politique.

7 Norredam M., Mygind A. & Krasnik A., « Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies », in *The European Journal of Public Health Advance Access*, Oct. 2005.

8 Wirion M., *Un lieu de parole qui fait sens : l'intégration psychique de l'exil*, Bruxelles, mémoire DEA, 2006.

9 Charles M.-C., *La santé mentale des demandeurs d'asile/réfugiés au Luxembourg*, Luxembourg, CLAE, 2002.