

La consultation pour migrants : un concept de traitement multimodal destiné aux migrants atteints d'un trouble psychique



La consultation pour migrants : un concept de traitement multimodal destiné aux migrants atteints d'un trouble psychique



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Laura Nosetti & Anja Jossen
Clinique universitaire et policlinique psychiatrique
Services psychiatriques universitaires de Berne
Consultation pour migrants des SPU
Murtenstrasse 21
3000 Berne 10

Traduction de l'allemand par : Lionel Felchlin

Table des matières

Avant-propos	4
Remerciements	5
1 Introduction.....	6
1.1 Migrants en Suisse.....	7
1.2 Etat de santé des migrants.....	8
1.3 Situation relative aux soins de santé des migrants en Suisse	9
2 La consultation ambulatoire pour migrants des SPU de Berne.....	12
2.1 Remarques liminaires	12
2.1.1 Groupe cible	12
2.1.2 Equipe chargée du traitement	16
2.1.3 Transculturalité	17
2.1.4 Traducteurs.....	18
2.1.5 Le concept de traitement multimodal.....	19
2.1.6 Objectifs généraux	19
2.1.7 Mise en œuvre concrète	20
2.2 Module « Examens psychiatriques et psychothérapie ambulatoire ».....	24
2.2.1 Le module	24
2.2.2 Justification théorique et objectifs	24
2.2.3 Mise en œuvre.....	26
2.3 Module « Consultation sociale ».....	28
2.3.1 Le module	28
2.3.2 Justification théorique et objectifs	28
2.3.3 Mise en œuvre.....	29
2.4 Module « Modules centrés sur le corps : groupes d'activité physique ».....	31
2.4.1 Le module	31
2.4.2 Justification théorique et objectifs	32
2.4.3 Mise en pratique du groupe d'activité physique pour les femmes.....	34
2.4.4 Mise en pratique du groupe d'activité physique pour les hommes.....	35
2.5 Module « Groupe psychoéducatif pour femmes traumatisées »	36
2.5.1 Le module	36
2.5.2 Justification théorique et objectifs	37
2.5.3 Mise en œuvre.....	38
2.6 Module « Cours d'allemand pour migrants dans le contexte de la psychiatrie »	39
2.6.1 Le module	39

2.6.2	Justification théorique et objectifs	40
2.6.3	Mise en œuvre.....	41
2.7	Module « Soutien par des bénévoles »	41
2.7.1	Le module.....	41
2.7.2	Justification théorique et objectifs	42
2.7.3	Mise en œuvre.....	43
2.8	Module « Jardins interculturels ».....	44
2.8.1	Le module.....	44
2.8.2	Justification théorique et objectifs	44
2.8.3	Mise en œuvre.....	45
3	Etude d'efficacité.....	47
3.1	Problématique et méthodes	47
3.2	Description de l'échantillon	48
3.3	Résultats et discussion	50
3.3.1	Résultats des changements liés aux symptômes	51
3.3.2	Résultats des changements non liés aux symptômes	52
4	Conclusions	58
5	Bibliographie.....	60
6	Annexe : Représentation graphique du concept de traitement multimodal de la Consultation pour migrants.....	66

Avant-propos

Les migrants forment l'une des catégories les plus fragiles de notre société. Leur statut de séjour est souvent précaire, leur histoire pesante, ils ont dû fuir et leur avenir est incertain. Lorsque ces personnes, qui séjournent la plupart du temps contre leur gré dans notre pays, souffrent de surcroît d'un trouble psychique, elles sont alors particulièrement vulnérables.

D'une manière générale, l'état de santé des migrants, qui représentent 21 % de la population, est moins bon que celui des Suisses. La migration est un événement critique marquant qui implique déracinement et perte. Aussi est-il d'autant plus important que ces personnes reçoivent le soutien nécessaire.

L'offre de traitement multimodal destinée aux migrants atteints d'un trouble psychique, que les Services psychiatriques universitaires (SPU) ont développée et adaptée au fil des années, revêt un caractère exemplaire. C'est une offre ambulatoire à bas seuil, interdisciplinaire et globale, qui pourrait aussi constituer une base d'optimisation dans d'autres domaines de la psychiatrie.

Cette offre de traitement différenciée en psychiatrie et en psychothérapie vise à renforcer la confiance en soi des migrants et à les soutenir pour qu'ils abandonnent leur rôle de victimes. Elle comprend les modules les plus divers, dont des offres verbales et non verbales, l'amélioration de l'intégration sociale, le sport et l'activité physique notamment. L'objectif est de renforcer la stabilité des personnes concernées et de leur procurer de la sécurité. En dépit du trouble psychique, ils doivent « prendre racine à l'étranger ».

Je remercie vivement les initiateurs de cette offre pour leur ténacité, leur engagement inlassable et leur contribution à l'amélioration de la situation sanitaire des migrants. Pendant des années, ils ont milité contre l'exclusion et pour une meilleure intégration.

Je suis heureuse que cette offre soit rendue accessible à un large public grâce à la présente publication. Mettez à profit les expériences réalisées par les SPU et donnez, vous aussi, un signal en faveur de la solidarité !

Regula Mader
Présidente de la direction des SPU

Remerciements

Mes remerciements vont à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) qui, par sa contribution, a permis de publier le présent concept, élaboré sur de nombreuses années, et de l'examiner au plan scientifique. Je remercie Serge Houmard, de l'OFSP, pour son soutien dévoué au projet. J'adresse également mes remerciements à l'Université de Berne, au P^r Franz Caspar et à Simon Itten pour l'aide apportée à la réalisation de l'étude scientifique.

Je tiens à remercier tout spécialement Laura Nosetti, M Sc psychologue, qui, assurant la direction opérationnelle du projet, a accompli la majeure partie du travail concernant le présent manuel avec intelligence, efficacité et professionnalisme.

Un merci particulier va à l'ancien vice-directeur de la clinique de psychiatrie sociale et communautaire, le D^r Herbert Heise, qui a eu l'idée moderne, voilà dix ans, de créer une consultation spécialisée pour les migrants atteints d'un trouble psychique aux Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU). Je remercie la direction actuelle, et en particulier Regula Mader, le P^r D^r Werner Strik et le P^r D^r Wilhelm Felder, et le médecin chef de la policlinique psychiatrique P^r D^r Thomas Müller, pour avoir soutenu activement le service et l'avoir reconnu comme une unité de grande valeur au sein de notre institution, tant au plan professionnel qu'économique.

Par ailleurs, je tiens à remercier le Service des migrations du canton de Berne, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, le réseau Migrant Friendly Hospitals et l'Office fédéral du sport pour leur généreuse participation financière. Sans eux, le concept de la consultation pour migrants n'aurait pas pu voir le jour.

Un merci tout particulier va aussi au D^r Sébastien Mauron, chef de clinique de la Consultation pour migrants, pour la collaboration précieuse, créative et agréable au cours de ces dix dernières années. Enfin, je remercie naturellement toute l'équipe de la Consultation pour migrants, qui a participé au développement du présent concept de manière active et engagée et a effectué un important travail de pionnier.

Anja Jossen, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP
Coresponsable de la Consultation pour migrants, SPU, Berne

1 Introduction

« J'ai encore des problèmes, mais je sais maintenant mieux comment m'y prendre. Je sais que je reçois de l'aide ici à la Murtenstrasse¹ et je sais à qui je peux m'adresser. Cela me donne de l'espoir. »

Une Kurde de Turquie

« Je vais mieux, car je peux enfin faire quelque chose. Chaque semaine, je vais au cours d'allemand et au groupe d'activité physique. Et j'ai reçu une plate-bande au jardin interculturel, où je vais maintenant le plus souvent possible avec mes enfants. »

Une Somalienne avec ses enfants

Ces déclarations de patientes de la Consultation pour migrants éclairent une petite partie des nombreuses histoires de personnes souffrant d'un trouble psychique et concernées par la migration. Après un déracinement souvent pesant et traumatisant, les migrants atteints d'un trouble psychique se trouvent dans la sécurité et le calme de la Suisse. Pourtant, ils ne comprennent pas la langue et la recherche d'un emploi s'avère souvent très ardue. Les requérants d'asile souffrant d'un trouble psychique, par exemple, vivent dans d'étroits centres de transit et attendent souvent pendant des mois voire des années la décision concernant leur avenir dans notre pays. Cette période d'incertitude et d'inactivité forcée est au moins aussi pesante pour leur santé mentale que les expériences traumatisantes vécues auparavant dans leur pays d'origine ou pendant la fuite.

De quoi ces personnes ont-elles besoin ? Comment et sous quelle forme un soutien thérapeutique approprié aux circonstances peut-il leur être proposé ? Dans quelle mesure ce soutien peut-il produire de l'effet dans la situation actuelle ?

La Consultation pour migrants² offre aux migrants atteints d'un trouble psychique un lieu où ils sont traités et soutenus dans leur situation de vie difficile. Le concept de traitement multimodal permet de prendre en compte leur contexte momentanément pénible. Le présent manuel souhaite livrer un aperçu de la situation de ces migrants et mettre en évidence des possibilités de traitement.

Cette brève introduction est suivie d'une introduction générale sur les migrants en Suisse, avec une courte description des raisons de la migration et de la situation actuelle en Suisse. La question de l'état de santé de la population migrante est ensuite abordée, avec une présentation de l'offre actuelle de soins. La *Consultation pour migrants*, objet du présent manuel, sera décrite en détail après l'introduction et citée comme exemple d'institution de santé destinée aux migrants atteints d'un trouble psychique. La nécessité de telles institutions sera aussi rappelée.

¹ Siège de la Consultation pour migrants des SPU de Berne

² Par souci de lisibilité, la forme masculine a été utilisée de manière générique dans ce document. Lorsqu'aucune précision n'est formulée, elle fait référence aux personnes de sexe masculin ou féminin.

1.1 Migrants en Suisse

Par définition, les migrants sont des personnes qui déplacent leur domicile ou lieu de séjour dans d'autres pays par-delà les frontières nationales. Dans la présente publication, la notion de migrants est utilisée dans cette acception. En Suisse, ils forment 21 % de la population résidente (Office fédéral des migrations, ODM, 2010). La composition de la population migrante est très hétérogène. Les migrants se distinguent par leur origine, la langue, l'âge, la culture, le niveau de formation, la religion et le statut de séjour.

Différentes motivations sont à l'origine de la migration. On fait la distinction entre la migration de mariage, la migration économique, la migration de réfugiés, le regroupement familial et le séjour d'étudiants à l'étranger. Le motif se distingue notamment par le caractère volontaire ou forcé de la migration. En l'espèce, Berry (2005) parle de motif réactif et proactif. Tandis que la migration réactive est empreinte de facteurs négatifs, à l'instar de la pression de devoir émigrer voire fuir, ce sont des facteurs positifs et favorables qui marquent la migration proactive, comme l'intérêt pour une autre culture (Richmond, 1993). Cet aspect revêt une importance particulière quant à la vulnérabilité des migrants en matière de santé. Le présent travail se concentre avant tout sur les personnes qui ont migré contre leur gré, sont arrivées en Suisse en tant que requérants d'asile et se trouvent encore en procédure d'asile ou sont au bénéfice d'une autorisation de séjour provisoire ou durable.³

Les termes de « requérant d'asile » et « réfugié » s'appliquent à une partie de la population migrante. Le premier porte sur les migrants qui se trouvent encore en procédure d'asile, tandis que le second décrit des réfugiés reconnus conformément au droit d'asile.⁴

³ L'échantillon sur lequel se fonde la partie empirique du présent manuel provient également de ce groupe de personnes.

⁴ La législation suisse en vigueur distingue les catégories de séjour suivantes dans le domaine de l'asile :

Les *requérants d'asile* (permis N) sont des personnes qui ont déposé une demande d'asile et dont la procédure est en cours auprès de l'Office fédéral des migrations (ODM) ou du Tribunal administratif fédéral. Pendant les trois ou les six premiers mois qui suivent le dépôt de la demande d'asile, les requérants n'ont pas le droit d'exercer d'activité lucrative (six mois en cas de décision négative rendue en première instance). La pratique des services de l'emploi en matière d'autorisation dépend de la situation économique.

Les *étrangers admis provisoirement* (permis F) sont des personnes qui font l'objet d'une décision de renvoi de Suisse mais pour lesquelles l'exécution du renvoi se révélerait illicite, inexigible ou matériellement impossible. Le permis de séjour est limité à douze mois et peut être annulé par décision de l'ODM si la raison de l'octroi n'est plus. Cela peut notamment survenir lorsque le pays d'origine de la personne concernée n'est plus considéré comme un *pays en guerre ou dangereux*, mais comme un *pays sûr* et que l'application du renvoi est possible, en théorie du moins. Les étrangers admis provisoirement peuvent en principe être autorisés à exercer une activité lucrative.

Les *personnes à protéger* (permis S, évent. B) sont des personnes provenant des régions en guerre ou en crise auxquelles la Confédération accorde une protection temporaire sans procédure d'asile. Le permis est limité à douze mois et peut être annulé par décision de la Confédération. Les réglementations relatives à l'autorisation d'exercer une activité lucrative sont les mêmes que pour les requérants d'asile.

Les *réfugiés reconnus* (permis B, C) sont des personnes dont la décision en matière d'asile est positive et qui ont ainsi un statut de réfugié reconnu. Les personnes avec un permis B ont une autorisation à l'année et doivent

Selon l'Office fédéral des migrations, 69 335 personnes relevant du domaine de l'asile séjournaient en Suisse fin 2010, dont 25 285 réfugiés reconnus, 23 471 personnes admises à titre provisoire et 12 915 requérants d'asile (Office fédéral des migrations, ODM, 2011).

1.2 Etat de santé des migrants

En 2011, une étude a été réalisée dans le cadre de la stratégie fédérale *Migration et santé* afin d'évaluer la situation sanitaire des migrants en Suisse (Office fédéral de la santé publique, OFSP, GMM II, 2011). L'hétérogénéité de la population migrante ne facilite pas les affirmations générales sur les troubles psychiques et le travail thérapeutique (Butler et al., 2007). L'enquête de l'Office fédéral de la santé publique (2011) a tout de même livré le résultat suivant : « *[Il existe] de nettes inégalités entre la population autochtone et les migrants en Suisse. Dans bien des cas, l'état de santé physique et psychique des personnes interrogées est, en effet, plus mauvais que celui de la population autochtone.* »

Roth (2007) démontre également que les migrants⁵ ressentent de manière générale plus de symptômes dans tous les indicateurs psychiques, mesurés au moyen du Bref inventaire des symptômes ou *Brief Symptom Inventory* (BSI), que les patients autochtones et présentent des valeurs particulièrement élevées dans les domaines de l'humeur dépressive, de l'anxiété et de la somatisation (voir aussi Meyer, 2008). Les personnes avec un statut de séjour précaire notamment (requérants d'asile) montrent une prévalence de troubles psychiques plus importante (Office fédéral de la santé publique, OFSP, 2008).

D'où la question au vu de ces résultats : la migration rend-elle malade ? En soi, non (Weiss, 2003). Ce sont des circonstances spécifiques qui peuvent faire de l'émigration un risque pour la santé, en particulier lorsqu'elles sont durables et cumulées (Office fédéral de la santé publique, OFSP, 2008). Schenk (2007 ; voir aussi Meyer, 2008) a élaboré un modèle explicatif sur le rapport entre migration et santé, présentant de potentiels facteurs de charge spécifiques à la migration.

Premièrement, la migration est un *événement de vie* stressant, critique et marquant qui se distingue par un déracinement et de nombreuses pertes telles que la perte de statut, la perte des relations sociales voire la perte des moyens d'existence. Ce dernier cas touche en particulier les réfugiés. Si cet événement critique est vécu comme pesant au plan subjectif, il a aussi un impact sur la fragilité psychique des personnes concernées en vertu de la théorie du stress de Lazarus et Cohen (1977, cités par Weiss, 2003).

Deuxièmement, la réalité dans le pays d'origine et les circonstances de la migration constituent un facteur de charge potentiel. Chez les requérants d'asile notamment, la migration est la plupart du temps forcée : les migrants fuient souvent la guerre, la torture, la violence ou la

la renouveler d'année en année. Les personnes avec un permis C sont titulaires d'une autorisation d'établissement. Ces deux catégories bénéficient d'une autorisation d'exercer une activité lucrative sans restrictions (www.kkf-oca.ch).

⁵ L'échantillon de migrants qui sert de base pour ces résultats provient de patients de la Consultation pour migrants des SPU de Berne et se compose donc principalement de requérants d'asile et de réfugiés.

persécution. Ceux qui ont connu la violence, en particulier, présentent plus souvent certains symptômes physiques et émotionnels que les autres (Office fédéral de la santé publique, OFSP, 2008). Friis et al. (1998, cités par Roth, 2007) démontrent que les personnes qui ont migré volontairement sont en meilleure santé que les personnes qui l'ont fait contre leur gré.

Enfin, le statut socioéconomique dans le pays d'accueil représente un autre facteur d'influence sur l'état de santé des personnes concernées. Les requérants d'asile et les réfugiés notamment sont touchés par des conditions de logement défavorables et de faibles revenus, ce qui peut détériorer leur état de santé.

Le statut de séjour en Suisse, souvent précaire, constitue une charge supplémentaire pour la santé mentale des requérants d'asile. Il peut aussi entraîner des sentiments d'insécurité et de manque de perspectives d'avenir. Gerritsen et al. (2006) démontrent que les requérants d'asile présentent plus de symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress post-traumatique (SSPT) que les réfugiés, qui jouissent d'un statut de séjour sûr.

Tant les attentes importantes *avant* la migration que de la déception *après* la migration peuvent être pesantes. Comme le décrit Sluzki (2010), le processus de migration se déroule en plusieurs phases. En cas de migration forcée ou de fuite notamment, les espoirs et les attentes concernant le pays d'accueil sont souvent importants. S'ils sont déçus par la réalité, c'est une charge supplémentaire pour les migrants. Les préjudices résultant de discriminations dans le pays d'accueil sont souvent accablants.

Bhugra (2003) décrit le concept de *choc culturel*. On entend par là, en cas de choc entre plusieurs cultures, une réaction de stress émotionnel de l'individu, qui se manifeste par un sentiment d'incapacité à comprendre, contrôler et prévoir l'environnement et le comportement humain.

Un facteur de charge potentiel tout aussi important découle des barrières fréquentes à l'accès aux soins de santé dans le pays d'accueil. Les difficultés de communication ne sont pas rares en raison des connaissances lacunaires de la langue. Les spécialistes du système de santé manquent souvent de compétences transculturelles, et il existe des restrictions relevant du droit de séjour pour le recours au système de santé.

1.3 Situation relative aux soins de santé des migrants en Suisse

On parle d'offre insuffisante pour décrire la situation relative aux soins de santé pour les migrants dans les pays d'accueil d'Europe occidentale.⁶ Il existe une offre surabondante dans le traitement médicamenteux, le diagnostic à l'aide de moyens techniques de même que les consultations médicales somatiques en ambulatoire. Par contre, dans le domaine psychiatrique et psychothérapeutique, en particulier dans le cadre ambulatoire, l'offre est inadaptée aux patients étrangers, au contraire des patients autochtones. Les migrants s'adressent la plupart du temps

⁶ Ce chapitre s'appuie sur les ouvrages concernant la Suisse, l'Allemagne et les pays d'accueil d'Europe occidentale en général (Loncarevic, 2001 ; Salman, 2001 ; Koch, 2005 ; Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007).

aux médecins somatiques pour leurs problèmes et ne sont envoyés chez les spécialistes ou institutions spécialisées en psychiatrie ou en psychothérapie que très tard, lorsqu'une chronicisation du trouble a déjà eu lieu (Koch, 2005).

Pour lutter contre cette inégalité des chances, il existe en Suisse différents projets et institutions qui proposent des offres de soins spécifiques à la migration et à orientation transculturelle. Il y a notamment des institutions dans le domaine des structures publiques ordinaires, mais aussi des institutions financées par des dons privés. Parmi les institutions implantées dans les structures publiques ordinaires, on peut citer l'*Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer* à Zurich, fruit d'une coopération entre l'Hôpital universitaire de Zurich et la Croix-Rouge suisse (CRS), les centres de thérapie et de conseil *Appartenances* à Lausanne, Vevey et Yverdon, le *Centre de Santé Migrants* des Hôpitaux universitaires de Genève ainsi que la *Consultation pour migrants* des Services psychiatriques universitaires (SPU) de Berne, dont il sera question en détail ultérieurement.

Malgré les offres existantes, d'autres mesures s'imposent pour encourager l'égalité des chances en termes d'accès au système de santé, comme le soulignent le Rapport national sur la santé et l'Office fédéral de la santé publique (Meyer, 2008 ; Office fédéral de la santé publique, OFSP, 2011). La Consultation pour migrants a une liste d'attente d'au moins trois mois pour les nouveaux patients, ce qui démontre concrètement le besoin d'autres offres thérapeutiques spécifiques pour les migrants atteints d'un trouble psychique (communication personnelle d'A. Jossen, octobre 2010).

Davantage d'offres de service public sont nécessaires au niveau régional afin de garantir l'accessibilité pour les patients. Une multiplication des offres ambulatoires à bas seuil est judicieux, car leur réalisation est meilleur marché que les interventions hospitalières en cas de chronicisation ou d'urgence (Jossen, 2010b). Pour les patients avec un statut de séjour précaire aussi, d'autres offres thérapeutiques spécifiques sont indispensables. Des institutions à orientation transculturelle et employant des traducteurs qualifiés sont utiles pour réduire les obstacles linguistiques et culturels (Office fédéral de la santé publique, OFSP, 2008). Par ailleurs, Pross (2004) rappelle l'importance d'intégrer la psychiatrie transculturelle dans les structures médicales et sociales publiques. Aux Pays-Bas, par exemple, cette intégration a entraîné une plus grande reconnaissance sociale de même qu'une aide considérable et un professionnalisme accru de la part des collaborateurs.

Partant, l'Office fédéral de la santé publique a lancé la stratégie fédérale *Migration et santé* comme mesure d'encouragement de l'égalité des chances dans le système de santé. Elle fait partie du programme prioritaire visant à promouvoir l'intégration et l'égalité des chances de la population migrante en matière de santé (Meyer, 2008). En 1999, le projet *Migrant Friendly Hospitals* a été créé en tant que sous-section du réseau *Health Promoting Hospitals* de l'OMS. Le projet a pour objectif de parvenir à une « *égalité des chances pour des personnes différentes* » et à une « *égalité de traitement sans traitement égal* » pour les migrants en Suisse

(www.healthhospitals.ch). Les hôpitaux impliqués⁷ doivent former leur personnel aux compétences transculturelles, proposer des services de traduction et, ainsi, éliminer les barrières à l'accès aux offres de soins. Les Services psychiatriques universitaires (SPU) de Berne sont membres du réseau *Health Promoting Hospitals*, et donc aussi de *Migrant Friendly Hospitals*. La Consultation pour migrants en est une unité.⁸ Comme elle constitue le point de départ et la base du présent travail, le prochain chapitre (*La consultation ambulatoire pour migrants des SPU de Berne*) fournit une description détaillée de l'institution, du concept de traitement et des différents modules. Le service a des connexions au niveau suisse en tant que membre du *Réseau suisse d'experts en clinique transculturelle*. Il s'agit d'un réseau d'experts pour un échange professionnel au niveau structurel dans le but de réfléchir, à l'échelle nationale, sur les concepts de traitement adaptés aux migrants.

⁷ En Suisse, 19 hôpitaux sont actuellement enregistrés en tant que membres (état : fin 2010).

⁸ Voir aussi chap. 2.1.7 *Mise en œuvre concrète*

2 La consultation ambulatoire pour migrants des SPU de Berne

La Consultation pour migrants des SPU de Berne existe depuis plus de dix ans. Pendant ce temps, un concept de traitement ambulatoire à bas seuil, interdisciplinaire et multimodal a été élaboré. La Consultation a pris en charge de traiter les requérants d'asile du canton de Berne atteints d'un trouble psychique, car ce groupe de patients n'était pas pris en charge ailleurs en ambulatoire à l'époque de la création du service (Jossen, 2010b).

L'*interdisciplinarité* du concept de traitement est garantie par l'équipe, qui se compose de médecins, de psychologues et d'une assistante sociale. La *multimodalité* se manifeste par la diversité des modules et la prise en compte de différentes méthodes. Ainsi, les offres verbales et non verbales, individuelles et collectives, d'activité physique et d'entretiens se complètent. Par ailleurs, le concept de traitement se distingue par son *caractère global* en prenant en compte la famille, les conditions sociales et l'aspect corporel dans le traitement.

Le présent chapitre expose tout d'abord des informations de base sur l'institution, à l'instar du groupe cible du concept, de l'équipe chargée du traitement, du thème de la transculturalité, du rôle des traducteurs, d'une vue d'ensemble des modules et de leurs objectifs transversaux de même que de la mise en œuvre concrète du concept dans son ensemble. Les différents modules du traitement sont ensuite décrits en détail.

2.1 Remarques liminaires

2.1.1 Groupe cible

Le concept de traitement de la Consultation pour migrants s'adresse aux migrants atteints d'un trouble psychique, et donc aussi aux requérants d'asile et aux réfugiés souffrant de troubles psychiques. Le groupe cible est formé des patients dont le contexte ou l'histoire migratoires ont des répercussions sur la genèse ou le maintien de leur trouble psychique (communication personnelle d'A. Jossen, juin 2006). Pour le groupe cible, les conditions préalables à une psychothérapie sont une capacité minimale de réflexion et la disposition à accepter le cadre et les limites de la thérapie et des psychothérapeutes (www.sprechstundem21.unibe.ch/SprechMigrant.html).

Les patients souffrent de divers troubles psychiques. Les plus fréquents selon CIM-10 sont les suivants (souvent comorbides) : les dépressions (épisodes dépressifs, F32) surviennent très fréquemment (56 %). Les réactions à un facteur de stress sévère et les troubles de l'adaptation (F43) sont tout aussi fréquents (56 %). L'état de stress post-traumatique (SSPT, F43.1), qui résulte le plus souvent d'actes de violence, de persécutions ou de torture endurés dans le pays d'origine et d'expériences traumatisantes vécues pendant la fuite, apparaît comme diagnostic spécifique avec une fréquence de 44 %.⁹ 3,8 % des patients de la Consultation pour

⁹ Il s'agit le plus souvent d'un SSPT complexe ou d'un traumatisme séquentiel, qui sera encore abordé ultérieurement.

migrants présentent une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et 4,9 % des troubles somatoformes (F45). Les problèmes en lien avec l'environnement social (Z60-69) apparaissent avec une fréquence comparable (19,6 %) (statistique de la Consultation pour migrants, décembre 2011).¹⁰

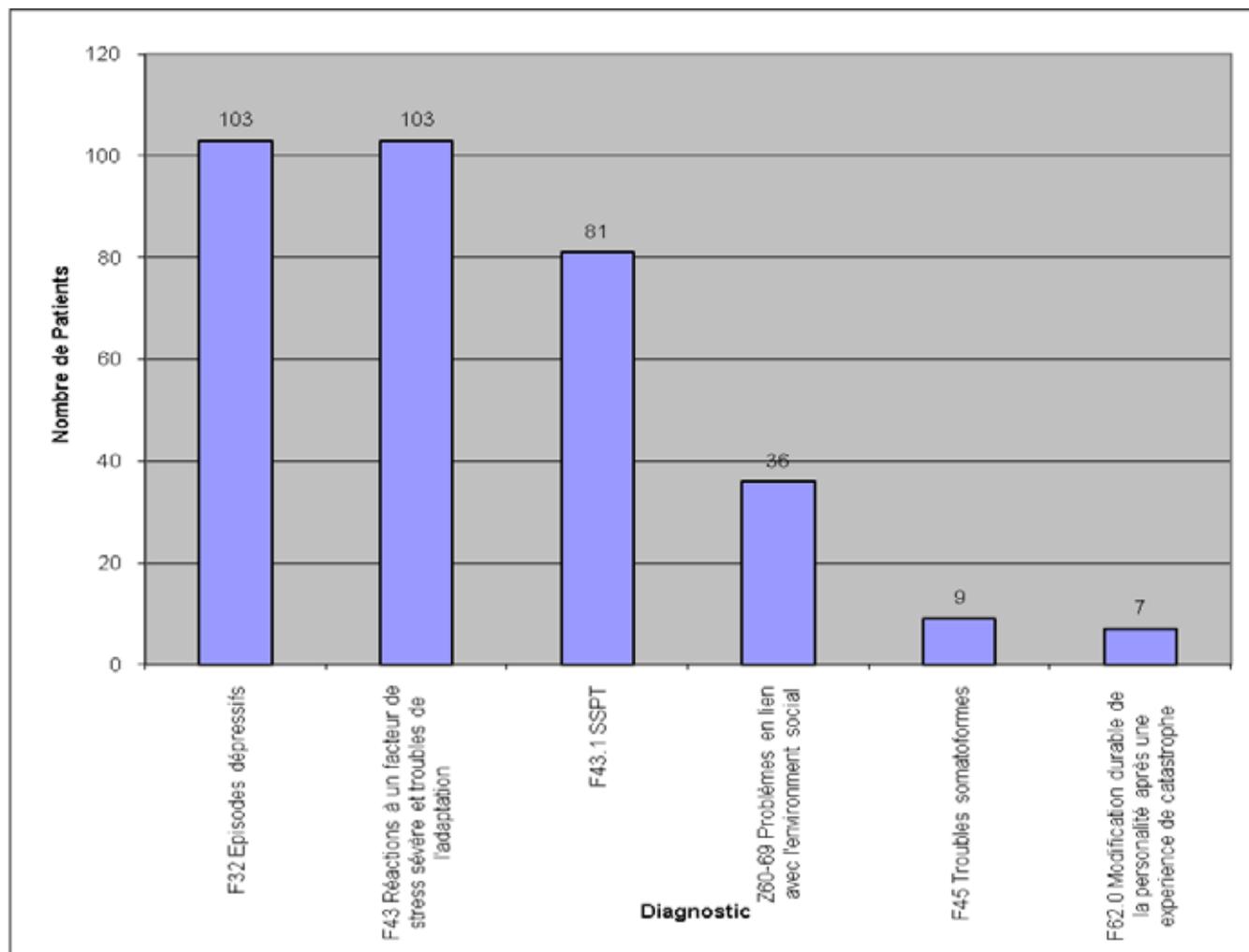


Figure 1 : Répartition des six diagnostics psychiatriques les plus fréquents dans la population de patients de la Consultation pour migrants (comorbidités et catégories qui se recoupent comprises), N = 184

Chez les migrants, il existe de manière générale un *taux de comorbidité* élevé. Les patients avec un SSPT, en particulier, présentent fréquemment d'autres symptômes ou troubles psychiques (Winter, 2004). Ainsi, Kessler et al. (1995, cités par Winter, 2004) ont découvert des troubles comorbides chez 88 % des hommes traumatisés et 78 % des femmes traumatisées. Ce sont le plus souvent des dépressions, des troubles d'anxiété, des abus d'alcool, des somatisations et des syndromes de conversion.

Les réfugiés ou les requérants d'asile ont souvent vécu plusieurs expériences

¹⁰ Pour une définition et une description des troubles psychiques mentionnés, prière de consulter la classification internationale des troubles mentaux (CIM-10, 2008).

traumatisantes à la suite qui, d'après Keilson (1979), sont englobées dans la notion de *traumatisation séquentielle*. On distingue plusieurs séquences où la personne concernée vit des expériences traumatisantes liées entre elles, comme la guerre, la situation d'après-guerre, mais aussi l'exil ou le retour. Presque tous les requérants d'asile sont concernés par la traumatisation séquentielle. En tenant compte des facteurs potentiellement retraumatisants tels que l'exclusion actuelle, la menace d'expulsion, les restrictions de travail et la situation de logement défavorable, le présent concept permet de mieux expliquer les symptômes de peur chronique, la passivité de même que les sentiments d'inutilité et de dépendance. La traumatisation séquentielle représente dans une large mesure un facteur de risque pour un SSPT complexe, des dépressions et d'autres problèmes psychiques. Le SSPT complexe correspond au type II du SSPT. Le traumatisme de type I se rapporte à un événement unique ou limité dans le temps, tandis que le SSPT de type II correspond à des traumatismes qui se répètent sur une longue durée et qui sont liés entre eux (Herman, 2006).

La population de patients est très hétérogène. Ceux-ci se distinguent par leur origine, statut de séjour, langue maternelle, sexe, âge, religion et ethnie. Les données suivantes proviennent des statistiques de la Consultation pour migrants (état : décembre 2011).

Tableau 1 : Description de la population de patients de la Consultation pour migrants à l'aide des données démographiques (N = 184)

Pays d'origine	Indication en %
Turquie	16,4 %
Kosovo	9,3 %
Sri Lanka	8,2 %
Irak	6,6 %
Erythrée	5,5 %
Iran	5,5 %
Somalie	5,5 %
Syrie	5,5 %
Afghanistan	3,3 %
Tchéchénie	3,3 %
Bosnie	2,7 %
Cameroun	2,2 %
Macédoine	2,2 %
Ethiopie	1,6 %

La Consultation pour migrants :

Serbie	1,6 %
Egypte	1,1 %
Algérie	1,1 %
Maroc	1,1 %
Mongolie	1,1 %
Russie	1,1 %
Sierra Leone	1,1 %
Togo	1,1 %
Tunisie	1,1 %
Angola	0,5 %
Bangladesh	0,5 %
Brésil	0,5 %
Burundi	0,5 %
Côte d'Ivoire	0,5 %
Italie	0,5 %
Kirghizistan	0,5 %
Congo	0,5 %
Liban	0,5 %
Philippines	0,5 %
Portugal	0,5 %
Espagne	0,5 %
Afrique du Sud	0,5 %
Tibet	0,5 %
Aucune indication	4,8 %

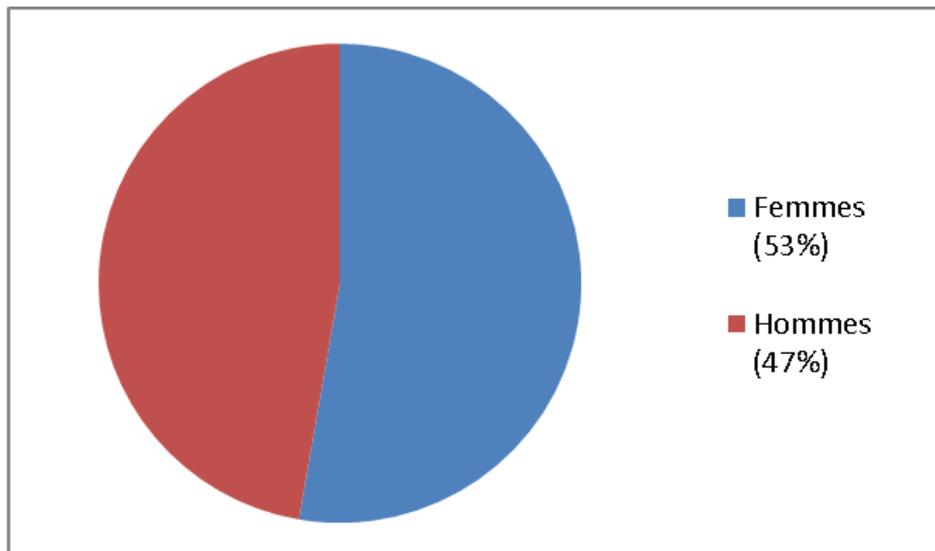


Figure 2 : Répartition par sexe de la population de patients de la Consultation pour migrants (N = 184)

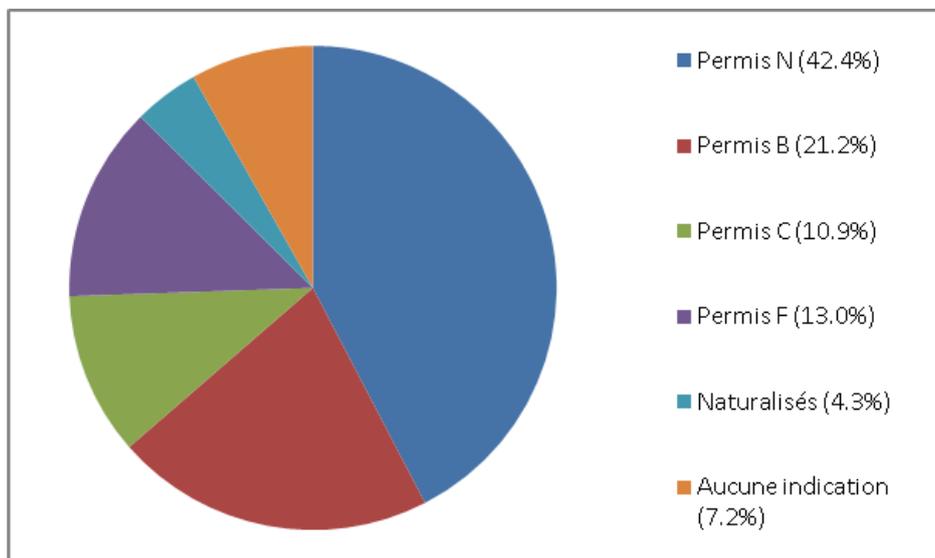


Figure 3 : Répartition du statut de séjour¹¹ dans la population de patients de la Consultation pour migrants (N = 184)

2.1.2 Equipe chargée du traitement

L'équipe *interdisciplinaire* de la Consultation pour migrants se compose de médecins, de psychologues et d'une assistante sociale. Selon le domaine, ceux-ci sont spécialisés en psychiatrie transculturelle, en psychothérapie et en psychotraumatologie et connaissent les tenants de la loi en vigueur sur l'asile. L'équipe se rencontre une fois par semaine pour le rapport interdisciplinaire et une fois par mois pour l'intervision, où sont abordés les questions conceptuelles, la discussion des cas et les thèmes complémentaires. Ces espaces communs

¹¹ Pour le statut de séjour, voir le chap. 1.1 *Migrants en Suisse*

servent à l'échange professionnel et personnel entre les différents spécialistes. Le respect à l'égard des autres groupes professionnels et l'estime pour leurs connaissances sont très appréciés au sein de l'équipe.

L'équipe prend le *modèle bio-psycho-social* comme conception du monde et de l'être humain. Elle tient compte aussi bien des aspects corporels et des facteurs biologiques que de l'esprit et de la psyché, de la famille du patient, de ses conditions sociales, de ses aptitudes et de ses ressources individuelles. L'équipe travaille en fonction des ressources et de manière intégrative, avec le soutien des superviseurs des domaines systémique, psychanalytique, intégratif et de la Gestalt-thérapie (communication personnelle d'A. Jossen, janvier 2011). L'idée de base du traitement est d'améliorer les conditions de vie des patients pour qu'ils gagnent en indépendance et puissent s'intégrer dans la société. L'estime et le respect des patients, la reconnaissance de leur énergie et de leur force vitale, le renforcement de leur sentiment d'efficacité personnelle et de leur estime de soi, l'atténuation de leur sentiment d'absence de qualités de même que le renforcement et l'encouragement de leurs compétences existantes forment des aspects importants de l'attitude des psychothérapeutes (Petzold et al., 2000). La dimension politique des traumatismes est aussi intégrée dans la position thérapeutique ; les thérapeutes acceptent et estiment le fait que les personnes concernées ont dû vivre directement dans leur pays ce qu'eux-mêmes connaissent comme des événements politiques (Keilson, 1979). La valorisation des ressources en lien avec les thérapeutes et l'institution se manifeste aussi par l'institutionnalisation des offres de groupes, qui permettent d'aider un plus grand nombre de patients avec moins de ressources.

2.1.3 Transculturalité

Etant donné la multiplicité des cultures d'origine, la compréhension de la maladie chez les patients étrangers et le personnel suisse chargé du traitement est souvent divergente.¹² Les thérapeutes peuvent alors appliquer la notion de compétence transculturelle.

La *compétence transculturelle* (ou *compétence interculturelle*) des thérapeutes est une condition préalable pour pouvoir travailler avec les patients. Domenig (2004) la définit comme la capacité à pouvoir traiter les autres personnes sans préjugés dans leur situation individuelle et leur situation en matière de santé, ce qui est particulièrement important pour les professionnels de la santé afin de garantir un traitement approprié aux patients venant d'autres cultures (www.transkulturelle-kompetenz.ch ; Svejda-Hirsch & Streb, 2009). Hegemann (2010) met en évidence les aspects *sensibilité pour l'étranger*, *disposition à apprendre* et *autoréflexion sur les propres valeurs culturelles*.

Dans son étude exploratoire, faite à la Consultation pour migrants, Roth (2007) a examiné les symptômes ressentis, les stratégies pour y faire face, les attentes thérapeutiques et les

¹² Le contexte culturel, qui comporte les aspects économique, historique et socioculturel, joue un rôle important dans la formation des théories subjectives de la maladie (Salman, 2001). Les concepts subjectifs de la maladie portent sur les connaissances et les idées des causes et de la genèse des maladies et de leur évolution, mais aussi sur les possibilités de traitement et les perspectives de succès.

explications relatives aux maladies des migrants atteints d'un trouble psychique. Il s'est avéré que les patients examinés ont clairement une autre idée de qui ou de ce qui peut les aider. Ils accordent à Dieu ou à une autre puissance supérieure de même qu'à l'assistante sociale une bien plus grande influence que les patients suisses, tandis qu'ils attribuent à l'environnement social non professionnel et à eux-mêmes bien moins d'effet et de compétence que les Suisses. C'est aux médecins qu'ils donnent le plus de crédit, ce que font aussi les patients autochtones. Kläui (2006) fait état d'attentes thérapeutiques incroyablement élevées envers les médecins de la part des patients étrangers, tant au sujet des examens que des interventions thérapeutiques. Par ailleurs, Frank (1982, cité par Ollech, 2002), signale qu'une intervention ou une thérapie doivent paraître utiles aux patients pour qu'elles puissent avoir de l'effet. Si les patients trouvent l'intervention crédible ou potentiellement efficace dans l'optique de leur problématique, l'effet potentiel est plus grand.

2.1.4 Traducteurs

Etant donné que les patients ne disposent la plupart du temps pas (encore) de connaissances suffisantes en allemand et que les psychothérapeutes parlant une langue étrangère sont rares, la Consultation pour migrants travaille le plus souvent avec le service de traduction officiel Comprendi. Pour Sabbioni et Gross (2006), une communication suffisante dans le système de santé ne peut être garantie qu'en vertu du recours aux *interprètes communautaires* et aux *médiateurs culturels*. Il est par ailleurs important de travailler, dans le système de santé en particulier, avec des traducteurs qualifiés et spécialisés dans le travail avec des patients psychiatriques.

Dans le cadre psychothérapeutique impliquant des traducteurs, il faut prendre en considération plusieurs aspects (Haenel, 1997). Pour le choix du traducteur, il faut tenir compte du sexe, de la personnalité, de l'origine voire de l'appartenance ethnique du patient. La plupart des femmes ayant subi un viol, par exemple, préfèrent une traductrice, mais il y a aussi des exceptions (Abdallah-Steinkopff, 1999). Quant à l'appartenance ethnique, il faut notamment veiller, dans le cas de patients kurdes, à ne pas recourir à un traducteur turc mais kurde, même si le patient parle le turc. Par ailleurs, il est nécessaire de clarifier les différents rôles du thérapeute et du traducteur dès le début. La continuité concernant le traducteur s'est avérée judicieuse dans le cadre de la thérapie, pour autant que la traduction fonctionne et que le patient, le psychothérapeute et le traducteur se sentent à l'aise.

2.1.5 Le concept de traitement multimodal

Le concept de traitement multimodal de la Consultation pour migrants des SPU de Berne comprend une offre thérapeutique variée :



Figure 4 : Représentation graphique du concept de traitement multimodal de la Consultation pour migrants des SPU de Berne (en vert clair, les modules qui se déroulent en externe de même que le service de traduction, qui ne constitue pas un module à part entière)

* Les modules suivants recourent au service de traduction : examens psychiatriques et psychothérapie ambulatoire, consultation sociale, groupe psychoéducatif pour femmes traumatisées.

2.1.6 Objectifs généraux

Les prochains chapitres présentent les différents modules de traitement de la Consultation pour migrants des SPU de Berne, complétés par le contexte théorique correspondant. Les modules sont décrits selon une structure uniforme : le module en question est tout d'abord dépeint brièvement au moyen des éléments *groupe cible*, *indication* et *approche de la Consultation pour migrants*. Les *objectifs du module* et les *justifications théoriques sur la base de résultats empiriques* sont ensuite expliqués. La troisième partie du chapitre décrit la *mise en œuvre pratique du module à la Consultation pour migrants* à l'aide d'exemples concrets. Enumérons maintenant certains objectifs interdisciplinaires des différents modules.

Le *renforcement de l'auto-efficacité* est un objectif commun majeur des différents modules de traitement. En font partie l'encouragement de la confiance en soi et l'abandon du rôle de victime. Les modules du groupe d'activité physique et des jardins interculturels peuvent y

contribuer. Les projets visant à structurer la journée et ceux impliquant des bénévoles sont essentiels. Les patients découvrent, grâce au contact avec des autochtones, qu'ils peuvent travailler, ils deviennent actifs, sont incités à faire des activités et peuvent vivre des expériences gratifiantes. Le cours d'allemand peut aussi renforcer la confiance en soi, car il aide les migrants à agir de manière plus autonome, à communiquer et à comprendre leur environnement.

La *prise en compte des méthodes non verbales* dans les modules de traitement est un autre objectif interdisciplinaire. En sus de la psychothérapie axée sur la parole, qui est centrale, il existe aussi des offres non verbales, tel le groupe d'activité physique destiné aux migrantes traumatisées. Les jardins interculturels peuvent aussi compter parmi les offres non verbales, car il s'agit d'abord du contact avec la nature et les gens par le travail en commun dans un jardin ; le langage ne figure pas au premier plan. Cet accès supplémentaire à des ressources, à de nouvelles possibilités et à autrui est enrichissant, en particulier pour les migrants pour qui la langue constitue souvent un obstacle dans le pays étranger.

L'*intégration sociale* est un autre objectif qui englobe plusieurs modules. Les patients souffrent souvent d'isolement social. Des modules en groupe comme le cours d'allemand, les projets de jardinage, les groupes psychoéducatifs et axés sur l'activité physique leur offrent la possibilité de nouer des contacts sociaux et de les entretenir par des rencontres régulières. Les données structurelles de la loi sur l'asile et de la loi sur les étrangers ainsi que la situation des migrants avec un statut de séjour précaire ont un impact considérable sur la vie et l'état de santé des personnes concernées. L'insécurité concernant leur avenir rend toute stabilité impossible, qui est pourtant urgemment nécessaire, en particulier pour les personnes traumatisées (Ünal, 2009). Partant, le soutien est aussi important dans le domaine de l'intégration sociale.

Il ne faut pas sous-estimer le rôle de la *structure de la journée*. Comme mentionné précédemment, la plupart des requérants d'asile n'ont pas d'autorisation d'exercer une activité lucrative. Il leur manque ainsi une activité régulière. Les offres telles que les jardins interculturels ou la mise en place de réseaux de bénévoles, qui organisent des occupations ou des activités pour les migrants ou leur confient de petits travaux, permettent aux patients de structurer leur journée. Cette structure leur procure un certain soutien qui est essentiel, pour les patients traumatisés notamment. Toutes les offres qui ont lieu sur une base régulière aident les patients à structurer leur journée un tant soit peu.

2.1.7 Mise en œuvre concrète

Le présent chapitre aborde en premier lieu le personnel et la situation de la Consultation pour migrants des SPU de Berne. Il raconte ensuite la genèse de l'institution et éclaire d'autres aspects liés à la mise en œuvre concrète de tels établissements, à l'instar du financement, de l'infrastructure et de la forte mise en réseau avec d'autres institutions.

Personnel : en 2011, la Consultation pour migrants a pris en charge 183 patients (état : décembre 2011). Sont actuellement employés un chef de clinique et une psychologue en chef (total direction : un poste), deux médecins-assistants (1,25 poste), deux psychologues (1,4 poste), une assistante sociale (0,5 poste) et depuis 2012 une psychologue assistante (0,6

poste). Ces 4,65 postes ont permis de prendre en charge 183 patients en ambulatoire en 2011 (état : décembre 2011).

Un bref exemple à titre d'illustration : une patiente âgée de 40 ans, une Kurde de Turquie, a été suivie pendant cinq ans à la Consultation pour migrants pour un traitement psychothérapeutique ambulatoire. Les séances de psychothérapie ont encouragé la stabilité psychique de la patiente, créé des rapports de confiance avec la psychothérapeute traitante et soutenu la patiente dans le développement de son indépendance. Après avoir obtenu une certaine stabilité psychique, la patiente était prête à prendre part au cours d'allemand. Elle a suivi le groupe d'activité physique pendant une longue période. Elle a appris à se mouvoir de nouveau plus librement et à surmonter ses peurs. Des possibilités d'emploi ont pu être envisagées de concert avec l'assistance sociale de la Consultation pour migrants, qui lui ont permis de structurer ses journées et de développer une activité. Le traitement s'est terminé après cinq ans.

Situation : la figure ci-après montre comment la Consultation pour migrants est intégrée dans les structures publiques du système de santé bernois.

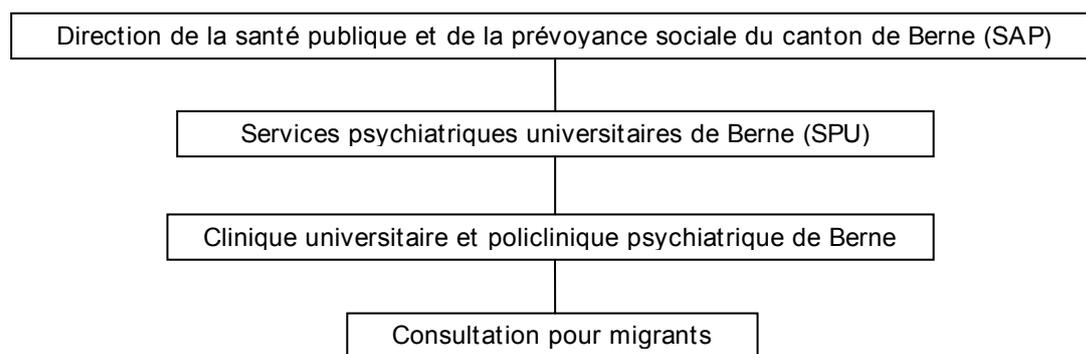


Figure 5 : Intégration de la Consultation pour migrants dans les structures publiques bernoises

Genèse : en dix années, le concept de traitement multimodal actuel a été élaboré. En 1999, le centre d'intervention de crise (KIZ) et le service ambulatoire de crise étaient surchargés de patients issus de la migration en raison d'un manque de moyens de traitement appropriés (communication personnelle d'A. Jossen, novembre 2011). La plupart des patients étaient des requérants d'asile traumatisés de Bosnie et du Kosovo, qui avaient fui à la suite de la guerre. Des crises sont souvent survenues en raison de la charge psychosociale élevée découlant du passé traumatique, raison pour laquelle de nombreux migrants ont consulté le KIZ et le service ambulatoire de crise. La barrière linguistique et le manque de spécialisation pour ce groupe de patients n'ont pas permis d'adresser les patients à des psychothérapeutes établis. La plupart des examens psychiatriques ont révélé qu'une prise en charge psychothérapeutique était indiquée et nécessaire. Aussi l'ancien vice-directeur de la clinique de psychiatrie sociale et communautaire des SPU de Berne a-t-il décidé en l'an 2000 de « faire de nécessité vertu » et de créer un service ambulatoire spécialisé dans le traitement des migrants (communication personnelle d'A. Jossen, novembre 2011). Au début des médecins et une psychologue ont fait des évaluations psychiatriques et des psychothérapies ambulatoires. En 2003, une psychologue a été désignée coresponsable du service avec le chef de clinique afin d'élaborer le concept de la consultation

pour migrants. Le développement des modules complémentaires de traitement s'est étendu sur de nombreuses années. Ces modules font aujourd'hui partie intégrante de la consultation pour migrants. Le développement s'est déroulé de manière pragmatique, économique et en tenant compte des besoins des patients.

Financement : des fonds de tiers ont été trouvés pour financer les différents modules au départ, à l'instar du Service des migrations du canton de Berne (SEMI), du réseau Migrant Friendly Hospitals (MFH), de l'Office fédéral du sport (OFSP) et du projet cantonal Movimento. Aujourd'hui, la majeure partie est prise en charge par les SPU. Seul le cours d'allemand est cofinancé par le SEMI et le groupe d'activité physique pour les hommes par l'OFSP. L'infrastructure est mise à disposition par les SPU, et les prestations thérapeutiques peuvent être facturées par le biais du tarif TARMED.

Infrastructure : la Consultation pour migrants comprend sept salles de consultation sur le même étage. Dans le corridor se trouve un espace d'attente avec une table, des chaises et des jouets pour les enfants. Etant donné qu'il est souvent difficile d'organiser une prise en charge externe des enfants de migrants atteints d'un trouble psychique, il est conseillé de collaborer avec une crèche. Les salles de consultation sont utilisées pour les entretiens individuels et de famille. En outre, des espaces sont à disposition pour le groupe psychoéducatif et le cours d'allemand, de même qu'une petite salle de sport pour les groupes d'activité physique. Les différents modules du concept de traitement se déroulent au même endroit¹³, ce qui présente l'avantage que les patients connaissent déjà l'institution et donc « *la maison* ». L'expérience montre qu'avec le temps, les patients font de plus en plus confiance au lieu, ce qui a des répercussions positives sur la motivation et la continuité de la participation aux modules ainsi que sur la stabilité psychique.

Il faut non seulement des locaux, mais aussi du matériel : outre le matériel de bureau et d'information de même que les ouvrages spécialisés sur le droit d'asile et la psychotraumatologie, il est recommandé d'avoir du matériel d'enseignement pour le groupe psychoéducatif¹⁴ et le cours d'allemand. Pour les groupes d'activité physique¹⁵, des boules de massage, tapis, ballons Pezzi et autres sont nécessaires ; pour les hommes, des accessoires de sport comme un ballon de foot et des chaussures de sport, car ceux-ci n'en ont généralement pas. Une partie du matériel provient de dons (financiers et de matériel) que l'assistante sociale avait sollicités.

¹³ A l'exception du groupe d'activité physique pour les hommes, qui a lieu dans le bâtiment adjacent pour des raisons de place, ainsi que des offres coordonnées (jardins interculturels et soutien par des bénévoles), qui se déroulent en divers endroits.

¹⁴ Voir le manuel *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen* de Liedl, Schäfer & Knaevelsrud (2010).

¹⁵ Voir le manuel *Bewegungsgruppentherapie für psychisch kranke MigrantInnen* de Jossen, Roth & Sauser (2009).

Mise en réseau : la coordination avec d'autres institutions est indispensable. En vertu du caractère brûlant du travail sur le plan socio-politique notamment, une vaste mise en réseau des spécialistes et de l'institution dans son ensemble est importante.

Au niveau institutionnel, la Consultation pour migrants, en tant qu'élément des SPU, est membre du réseau *Migrant Friendly Hospitals* (MFH), qui fait partie du réseau *Health Promoting Hospitals* (HPH) de l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS).¹⁶

Chaque groupe professionnel est intégré au sein des SPU et avec des spécialistes et des supérieurs du même groupe. Par ailleurs, la Consultation pour migrants bénéficie d'un vaste réseau avec diverses institutions telles que des services psychiatriques internes et externes, les autorités et des offres régionales visant à structurer la journée des patients.¹⁷

Dans le travail pratique, la Consultation pour migrants est en lien direct avec le centre interne d'intervention de crise (KIZ), de sorte que les patients peuvent être hospitalisés, par exemple à cause d'une déstabilisation faisant suite à un interrogatoire dans le cadre de la procédure d'asile, pour une à trois nuits. Si nécessaire, le service ambulatoire de crise peut aussi intervenir lorsque la liste d'attente de la Consultation pour migrants est trop longue. Il existe par ailleurs une collaboration avec la clinique psychiatrique universitaire : les patients présentant un risque de suicide élevé peuvent être internés dans la clinique ; pour sa part, celle-ci envoie en consultation ambulatoire les patients sortants pour le traitement consécutif.

La Consultation pour migrants est également en contact avec les services de pédopsychiatrie (SPP). C'est en particulier important afin de ne pas perdre de vue la santé des enfants de parents malades psychiquement et de leur organiser aussi un traitement approprié au besoin.

La séparation voulue entre le travail d'avocat, d'une part, et le travail psychiatrique et psychothérapeutique, d'autre part, est essentielle dans ce domaine. Les spécialistes de la Consultation pour migrants rédigent des rapports médicaux sur l'état de santé des patients à l'intention des avocats, mais ne prennent pas position juridiquement et politiquement sur la situation des patients. Ils conservent ainsi leur indépendance et leur crédibilité. Partant, la Consultation pour migrants est en contact avec le Bureau de consultation juridique de Berne pour les personnes en détresse (RBS) et avec des avocats. Les patients qui ont besoin d'un conseil juridique, à propos de la procédure d'asile, par exemple, peuvent y être envoyés.

Comme entité, la Consultation pour migrants est associée, à des fins d'échange scientifique, au *Réseau suisse d'experts en clinique transculturelle* et au *Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.* (DTPPP).

Sur le plan professionnel également, le service bénéficie d'un large réseau : ses experts organisent régulièrement des formations à l'intention de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR), de l'Office fédéral des migrations (ODM), d'autres cliniques psychiatriques, du service de traduction et de bénévoles.

¹⁶ Voir aussi le chap.1.3 *Situation relative aux soins de santé pour les migrants en Suisse*

¹⁷ Plus de détails au chap. 2.3 *Consultation sociale*

2.2 Module « Examens psychiatriques et psychothérapie ambulatoire »

2.2.1 Le module

La psychothérapie ambulatoire et les examens psychiatriques, constituent le module central de la Consultation pour migrants des SPU de Berne.¹⁸ Les psychothérapeutes individuels sont en même temps responsables des offres de groupes, ce qui présente l'avantage que les personnes traitantes peuvent apprendre à connaître les patients sous d'autres angles.

Les examens psychiatriques et la psychothérapie sont faits par des spécialistes qualifiés dans le domaine transculturel et, si nécessaire, avec des traducteurs qualifiés.

Le psychothérapeute¹⁹ est considéré comme manager du cas. Il coordonne en quelque sorte les différents modules. En fonction de l'indication, le psychothérapeute prescrit la participation aux modules complémentaires de la Consultation pour migrants.

2.2.2 Justification théorique et objectifs

Au vu de la vulnérabilité de la population migrante aux troubles psychiques, décrite au chapitre 1.2, la psychothérapie ambulatoire avec des psychothérapeutes qualifiés dans le domaine transculturel et, si nécessaire, avec des traducteurs qualifiés est importante et utile pour traiter les migrants de manière appropriée.

Procurer de la stabilité et de la sécurité constitue l'un des principaux *objectifs*²⁰ généraux du traitement psychothérapeutique des migrants atteints d'un trouble psychique. Les migrants traumatisés en particulier, qui les ont justement perdus suite à leurs expériences traumatiques, ont un besoin urgent de stabilité et de soutien. D'après Herman (2006), la première phase importante de la guérison chez les personnes traumatisées, c'est le rétablissement de la sécurité. Dans une deuxième phase le traumatisme peut être reconstruit et dans une troisième phase le lien vers une vie normale peut être renoué. Pour rétablir le sentiment de la sécurité, il faut aussi que le patient surmonte l'expérience de la perte de contrôle faite cours de l'expérience traumatique et reprenne le contrôle de soi et de sa vie. Ressentir de la stabilité, de la sécurité et de l'autocontrôle sont souvent impossibles chez les requérants d'asile en raison du statut de séjour précaire et des conditions de vie précaires dans le pays d'accueil. Une psychothérapie continue et la fiabilité de la relation thérapeutique permettent aux patients de se sentir soutenus et accompagnés.

La constitution d'une relation thérapeutique empreinte de confiance est particulièrement

¹⁸ Dans le présent travail, on entend par *psychothérapie* la psychothérapie en individuel, à la différence des autres formes de thérapie (p. ex. thérapies de groupes) afférentes au concept de traitement multimodal de la Consultation pour migrants.

¹⁹ Par psychothérapeutes, le présent travail entend aussi bien les psychothérapeutes-psychologues que les psychothérapeutes-médecins.

²⁰ Les objectifs thérapeutiques ne sont pas abordés de manière détaillée ou concrète, car ils varient selon le patient (diagnostic, problème, personnalité) et le psychothérapeute (orientation thérapeutique, méthode, style de travail).

importante dans le travail avec des personnes issues de la migration, notamment traumatisées (Svejda-Hirsch & Streb, 2009). L'impuissance et l'isolement étant des expériences profondes du vécu traumatique, sortir de l'isolement social en établissant des contacts et des relations est une condition essentielle pour sublimer le traumatisme (Herman, 2006). Chez les migrants gravement traumatisés justement, le fait de surmonter la méfiance au début de la relation thérapeutique et de renouer la confiance est un processus capital (Ünal, 2009). Une relation thérapeutique fiable permet aux patients de faire l'expérience de la sécurité, de l'estime et de l'empathie. Une compétence transculturelle et une sensibilité culturelle de la part des psychothérapeutes sont nécessaires et aident à établir une bonne relation thérapeutique.

Gavranidou & Abdallah-Steinkopff (2007) précisent que la langue et la communication sont les outils majeurs du travail psychothérapeutique (p. 356). De ce fait et en raison des différences linguistiques entre les personnes traitantes et les patients, il est primordial de recourir à des traducteurs qualifiés.²¹ Les traducteurs, présents à chaque séance jouent aussi un rôle important dans la relation thérapeutique (Abdallah-Steinkopff, 1999). Ils peuvent faciliter, mais aussi compliquer l'établissement de la relation thérapeutique. Pendant la séance, le contact verbal entre patient et thérapeute a toujours lieu de manière indirecte par le biais du traducteur. Le travail thérapeutique avec l'aide de traducteurs est ainsi un défi des deux côtés. La communication non verbale directe entre le thérapeute et le patient n'atteint pas l'intensité du contact direct comme dans une psychothérapie sans traduction. Des approches complémentaires qui ne fonctionnent pas essentiellement par la parole, mais par exemple par le corps (groupe d'activité physique) sont importantes.

En raison des problèmes souvent importants des migrants et des possibilités d'action limitées du fait de la réalité structurelle pour trouver des solutions, un rôle prépondérant revient à l'activation des ressources dans la psychothérapie (Petzold et al., 2000). Il est essentiel, non seulement, d'aborder les problèmes et les difficultés de manière appropriée, mais aussi de se concentrer sur les aspects positifs et de renforcer ces ressources.

Pour ce qui est de l'*efficacité* de la psychothérapie chez les migrants atteints d'un trouble psychique, en particulier les réfugiés traumatisés, on dispose de différents résultats empiriques. Dans une étude réalisée en Suède, Paunovic et Öst (2001) ont découvert de nettes améliorations en termes de symptomatologie chez des réfugiés atteints de SSPT qui avaient été pris en charge au moyen d'une thérapie comportementale cognitive ou d'exposition. Les patients de l'échantillon avaient néanmoins tous un statut de séjour sûr et maîtrisaient la langue nationale, de sorte que l'examen et la thérapie pouvaient se dérouler sans traducteurs.

Birck (2004) a étudié l'évolution de la symptomatologie chez des patients du Centre de traitement des victimes de torture à Berlin (Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin, BZFO), à deux moments du traitement distants d'une année. Elle a comparé des patients qui suivaient une psychothérapie hebdomadaire avec des patients qui ne venaient que deux fois par année à des fins de diagnostic ou pour assurer leur permis de séjour. L'étude n'a pas révélé d'influence

²¹ Voir le chap. 2.1.4 *Traducteurs*

marquante du traitement en ce qui concerne l'amélioration de la symptomatologie. En revanche, le traitement a permis d'empêcher, une détérioration de la symptomatologie chez les patients qui se trouvaient en psychothérapie, au contraire des autres patients.²²

Les deux études susmentionnées se fondent sur des échantillons très différents. Les patients de l'étude suédoise disposaient de connaissances suffisantes de la langue nationale et d'un statut de séjour sûr. Les patients de l'étude allemande, par contre, avaient reçu soit eux-mêmes des décisions négatives en matière d'asile et expulsions des pays ou l'avait vécu avec des voisins et des amis. Une stabilité suffisante et une situation extérieure et intérieure sûre sont essentielles pour les personnes traumatisées. Ünal (2009) souligne également que la stabilité psychique, somatique, sociale et juridique est une condition nécessaire pour permettre de surmonter des expériences traumatiques. Sans cette stabilité, le travail psychothérapeutique n'est prometteur que de manière limitée. La psychothérapie est limitée par des facteurs sur lesquelles elle n'a aucune influence, à l'instar du statut de séjour précaire.

Ces *limites* se révèlent à la fois dans des études, comme les deux précitées, et dans les autoévaluations des patients, comme Roth (2007) l'a étudié dans le cadre de la Consultation pour migrants. Pour ce qui est des attentes des patients à l'égard de la psychothérapie, il est apparu que les personnes concernées jugeaient une psychothérapie peu utile sans amélioration parallèle des conditions de vie dans le pays d'accueil. En l'espèce, Gavranidou et Abdallah-Steinkopff (2007) précisent dans leur article *Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie ?* que les psychothérapeutes, dans le cadre du travail avec des migrants, doivent aussi se voir comme des compagnons de route qui endurent avec eux les difficultés inexorables et leur apportent leur soutien dans cette épreuve. C'est une approche nécessaire, car un traitement isolé des traumatismes ou d'autres problèmes psychiatriques ne peut pas être efficace. Il est indispensable de tenir compte des conditions de vie complexes des patients. Roth (2011) mentionne également l'importance des facteurs contextuels, comme les facteurs socioéconomiques et la politique envers des étrangers sur la thérapie et la relation thérapeutique.

2.2.3 Mise en œuvre

C'est le médecin de famille ou de premier recours qui envoie les patients à la Consultation pour migrants.²³ S'y déroule en premier lieu un *examen psychiatrique* dans le cadre d'un premier entretien, qui sert à relever les données en vue de l'anamnèse, d'établir un diagnostic psychiatrique et de vérifier la nécessité d'un traitement chez le patient. L'examen psychiatrique est réalisé par l'un des psychothérapeutes avec le concours d'un traducteur qualifié. La décision quant à la nécessité d'un traitement est prise après consultation du chef de clinique ou de la psychologue en chef. Si un traitement est indiqué, il est proposé et discuté avec le patient. Actuellement, trois psychothérapeutes-psychologues et deux psychothérapeutes-médecins

²² Le chap. 3.3 *Résultats et discussion* aborde cette étude plus en détail.

²³ Dans le canton de Berne, les requérants d'asile sont répartis entre des médecins de famille. On les appelle médecins de premier recours.

travaillent à la Consultation pour migrants, ainsi qu'un chef de clinique et une psychologue en chef. Chaque thérapeute supervise les processus thérapeutiques chez ses patients, ensemble avec le chef de clinique et la cheffe psychologue, une fois les trois mois. Les objectifs thérapeutiques (à court, moyen et long terme), le processus thérapeutiques, et la fréquence des séances y sont, entre autres, discutés.

Il ressort des examens psychiatriques que les patients présentent le plus souvent les troubles psychiques suivants : des dépressions (épisodes dépressifs, F32), des réactions à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation (F43), dont des SSPT (F 43.1), de même que des problèmes en lien avec l'environnement social (Z60-69) (statistique de la Consultation pour migrants, mars 2011).²⁴

Dans la plupart des cas, l'examen psychiatrique révèle qu'une *psychothérapie ambulatoire* est indiquée. Celle-ci est faite par les mêmes psychothérapeutes et les mêmes traducteurs. Il existe ainsi une continuité pour les patients dès le début du traitement. En fonction de l'indication et des ressources disponibles, la fréquence des séances de psychothérapie varie entre une par semaine ou une fois tous les deux mois et durent environ une heure. La durée du traitement varie selon le diagnostic, la symptomatologie et les circonstances psychosociales. Il y a des psychothérapies qui durent des années, tandis que d'autres s'achèvent après quelques semaines seulement.

Les psychothérapeutes travaillent d'après les méthodes de la *Gestalt-thérapie*, de la *thérapie systémique* ou de la *thérapie comportementale*. Des *approches axées sur les traumatismes* sont aussi appliquées si nécessaire. Comme évoqué précédemment, l'*approche qui valorise les ressources* revêt une importance capitale. Chez les patients traumatisés en particulier, une telle approche dans le cadre de la psychothérapie doit veiller à trouver un équilibre entre la reconnaissance de la souffrance du patient, d'une part, et la valorisation des ressources, d'autre part (Reddemann, 2008). La reconnaissance des souffrances endurées et de l'injustice est souvent importante pour les patients traumatisés ; un changement non préparé vers un travail thérapeutique valorisant les ressources peut blesser les patients. Il faudrait donc introduire de telles techniques de manière compréhensible et en discuter au préalable avec les patients. Il est aussi important ne pas perdre de vue la santé des enfants de parents malades psychologiquement. Les psychothérapeutes de la Consultation pour migrants examinent aussi les enfants des patients et collaborent avec les services de pédopsychiatrie (SPP).

La psychothérapie ambulatoire se déroule le plus souvent en individuel. En fonction de la problématique ou de la situation, les proches peuvent y être associés. Le patient concerné se trouve au centre de la psychothérapie. Par ailleurs, un *traitement pharmacothérapeutique* est souvent indiqué.

²⁴ Pour plus de détails, voir le chap. 2.1.1 *Groupe cible*

2.3 Module « Consultation sociale »

2.3.1 Le module

La consultation sociale à la Consultation pour migrants forme un élément important du concept de traitement. Le module s'adresse à l'ensemble des patients du service qui ont besoin d'aide pour des problèmes sociaux²⁵. L'immense majorité des requérants d'asile connaissent de tels problèmes. Il incombe aux psychothérapeutes traitants de décider, en accord avec l'assistante sociale, si une consultation sociale est indiquée pour ces patients. Il est procédé à une demande si nécessaire.

Le module de la consultation sociale est étroitement lié à celui de la psychothérapie. L'assistante sociale et les psychothérapeutes pratiquent un échange régulier. En sus des rapports interdisciplinaires hebdomadaires, ils se tiennent mutuellement informés des faits concernant les patients.

2.3.2 Justification théorique et objectifs

D'après la stratégie fédérale *Migration et santé* de l'Office fédéral de la santé publique (2008), les migrants sont plus fréquemment touchés par la pauvreté que la moyenne en Suisse. L'Office fédéral de la santé publique cite des facteurs tels qu'un faible niveau de formation, des conditions de travail défavorables et le chômage notamment, qui renforcent le risque de pauvreté de la population migrante en Suisse. Les requérants d'asile ont comme difficulté supplémentaire le statut de séjour précaire, qui les laisse constamment dans l'incertitude quant à leur avenir et ne leur permet quasiment pas de s'intégrer dans la société. Sur la base des faits précités, les patients ont besoin de conseils sociaux spécifiques et compétents.

Les problèmes (psycho-) sociaux fréquents chez les migrants dans le pays d'accueil constituent des charges psychiques supplémentaires et compliquent le déroulement positif de la psychothérapie (communication personnelle d'A. Jossen, mai 2010). Aussi est-il judicieux de traiter les deux aspects du problème, dans la mesure du possible, avec le spécialiste concerné au moyen des modules séparés de la consultation sociale et de la psychothérapie. Dans son article *Soziale Arbeit mit Migranten im Kontext der Psychotherapie*, Begher (2009, p. 116) décrit le travail social comme un élément essentiel du traitement psychosomatique, qui complète le procédé thérapeutique par une dimension très importante et indispensable.

Du point de vue des patients, la consultation sociale leur semble essentielle. Ollech (2002) a interrogé des patients du Centre de traitement des victimes de torture à Berlin quant aux offres de soutien souhaitées et nécessaires. La *consultation sociale* et une *aide dans les rapports avec les autorités* ont été très souvent mentionnées. Ollech (2002) montre, que selon les appréciations subjectives des patients, un statut de séjour sûr et de meilleures conditions de vie psychosociales sont une condition préalable à une stabilisation psychique durable. Les

²⁵ On entend par problèmes sociaux des difficultés dans les domaines suivants : relations et environnement social, droit, finances, travail, habitat, loisirs et gestion du quotidien.

migrants citent souvent les charges psychosociales comme un statut de séjour précaire, l'interdiction de travailler, un logement étriqué, la solitude, la passivité involontaire et des expériences de discrimination dans le pays d'accueil comme cause principale de l'apparition de leurs troubles psychiques (Collatz 2001 ; Ollech, 2002). Roth (2007) a montré dans son étude exploratoire que la consultation sociale est une offre bien acceptée, chez les patients, qui perçoivent son importance et l'apprécient. En vertu des appréciations des migrants et de leurs attentes thérapeutiques, l'offre en termes de conseil social destiné aux migrants, et notamment aux requérants d'asile, est essentielle. Dans ce cadre, il est possible d'établir des contacts, de proposer des activités visant à structurer les journées ainsi que des conseils et du soutien pour les tâches administratives. Il faut cependant mentionner que la consultation sociale atteint aussi ses limites dans le travail avec les requérants d'asile. Les moyens juridiques et structurels sont limités dans le cadre du statut de séjour et d'autres domaines également. En pareil cas, les assistants sociaux s'en tiennent à clarifier, à transmettre du savoir et à l'accompagner.

L'objectif à long terme de la consultation sociale est l'encouragement à l'autonomie, qui se fonde souvent sur l'intégration sociale et économique des patients. La maladie psychique des patients et les conditions structurelles des requérants d'asile constituent des défis particuliers qui compliquent le processus. Aussi une méthode progressive est-elle nécessaire, ce que la Consultation pour migrants concrétise par l'approche du *conseil centré sur les tâches dans le travail social*. Pour de plus amples informations en la matière, nous renvoyons à l'ouvrage correspondant d'Epstein et Brown (2002). Outre la *focalisation sur les tâches*, les travaux avec les patients axés sur les solutions et les ressources sont d'autres concepts importants de la consultation sociale. L'*orientation vers les solutions* signifie que l'on se concentre sur les objectifs et à résolution du problème et non sur le problème et son apparition (de Shazer, 2003). La *valorisation des ressources* implique, comme mentionné précédemment, que l'assistante sociale explore avec les patients non seulement leurs problèmes, mais aussi leurs ressources. Elle tente ainsi de chercher des solutions avec les ressources disponibles.

En résumé, on peut conclure que la littérature et la pratique se rejoignent : la consultation sociale est très importante et même indispensable chez les migrants, en dépit de ses limites (Begher, 2009).

2.3.3 Mise en œuvre

Lors de l'inscription des patients à la consultation sociale déjà, un formulaire permet de relever les problèmes et les thèmes les plus urgents, de les décrire brièvement et de noter des objectifs possibles. Ce formulaire rempli par les psychothérapeutes qui motivent demande sert de base à l'assistante sociale pour son travail avec les patients. Lors du premier entretien avec les patients, ils peuvent ensemble déterminer quels problèmes sociaux concrets sont prioritaires, et aussi de clarifier les ressources disponibles chez le patient et dans son environnement. Un patient, par exemple, peut ne pas avoir de logement mais un bon réseau social. Des idées développées en commun entre le patient et l'assistante sociale permettent de dégager des solutions possibles.

La consultation sociale aborde principalement les problèmes et thèmes suivants, qui sont aussi mentionnés dans le formulaire d'inscription précité (Iten, 2010) : le domaine *Structure de la*

journal et travail constitue le problème le plus fréquemment indiqué par les patients. Au vu de l'absence d'autorisation d'exercer une activité lucrative ou de la difficulté à trouver un emploi avec un statut de séjour précaire, les requérants d'asile et patients de la Consultation pour migrants sont plus souvent touchés par le chômage que la moyenne et souffrent fréquemment du manque de structure de leurs journées. Quant à la *situation du logement*, le fait d'habiter dans un centre de transit, d'une part, pose souvent problème aux patients, par exemple l'étroitesse du logement, et la recherche d'un logement, d'autre part, peut s'avérer difficile pour des raisons financières ou autres. Le manque de *contacts sociaux* jusqu'à l'isolement social de l'individu, de même que les *problèmes familiaux* (violence domestique, difficultés en termes de prise en charge des enfants et de soutien approprié aux enfants d'âge scolaire dans un contexte étranger) sont fréquents chez les patients atteints de troubles psychiques. Pour la plupart des requérants d'asile, le contact avec les *autorités*, et en particulier les entretiens et auditions par l'Office fédéral des migrations dans le cadre de la procédure d'asile, constituent une importante charge psychique, d'autant plus que les personnes concernées ont souvent fait de mauvaises expériences avec les autorités de leur pays d'origine et n'ont pas confiance. Les éventuelles *discriminations* de la part des autorités ou de particuliers représentent un autre problème. Lorsque les patients sont concernés par des *mesures tutélaires*, comme de la curatelle, la tutelle ou la privation de liberté à des fins d'assistance (PLA), ils ont besoin d'informations sur leurs droits et d'aide en cas de problèmes linguistiques et/ou de compréhension. Le conseil et la recherche commune de solutions en cas de *problèmes financiers* font également partie des thèmes de la consultation sociale. Par ailleurs, les *ressources des patients* (réseau social opérationnel, disponibilité de stratégies d'adaptation, foi porteuse d'espoir et autres) peuvent être utilisées pour trouver des solutions.

L'assistante sociale travaille avec des traducteurs qualifiés si nécessaire. C'est à l'aide des méthodes expliquées ci-après qu'elle aborde les problèmes précités (Jossen, 2008).

Conseil : en contact direct avec les patients, l'assistante sociale examine les problèmes les plus urgents ainsi que les ressources des patients. Des stratégies et amorces de solutions sont envisagées et discutées en commun. Souvent, il s'agit aussi de transmettre des connaissances aux patients, de les informer et de supporter ensemble ce qui ne peut pas être modifié ou influencé. Un rôle important revient à l'élaboration de la relation et de la confiance comme préalable à d'autres étapes (communication personnelle de K. Iten, octobre 2010).

Transmission d'offres régionales visant à structurer la journée et de créer des contacts sociaux : l'assistante sociale connaît l'offre existante de nombreuses organisations qui proposent de multiples aides destinées aux migrants. Elle peut ainsi conseiller les patients de manière appropriée et chercher ce qui convient à chacun. Il y a des rencontres interculturelles pour les femmes et différents services de garde d'enfants. La « Maison des religions » offre une cuisine commune et d'autres activités. D'autres organisations proposent de l'aide pour faire face au quotidien et des plates-formes pour aborder les thèmes liés à l'éducation des enfants, favorisent les contacts entre les autochtones et les requérants d'asile, ce qui leur permet d'améliorer leurs connaissances de l'allemand, et proposent des emplois et de petits travaux. L'organisation Benevol Bern coordonne des bénévoles qui aident les migrants à faire face à la vie quotidienne et maintiennent le contact avec eux. Les paroisses organisent des accueils de midi pour les

requérants d'asile avec des repas en commun. Les projets servent à activer les ressources, encourager une structure de la journée et entretenir les contacts sociaux.

Mise en réseau avec les autorités : l'assistante sociale est en contact avec les institutions actives dans le domaine de l'asile. Ce sont le Service des migrations (SEMI), les communes, les centres de transit (CT), la coordination professionnelle en matière d'asile (PAG) et les centres de premier recours. L'assistante sociale a des connaissances dans le droit de l'asile, des étrangers, des assurances sociales, de l'aide sociale et de la tutelle. Elle les utilise pour pouvoir informer les patients de manière appropriée et intervenir, par exemple en cas de regroupement familial et de recherche d'emploi. Elle est en outre en contact avec le Bureau de consultation juridique.

Mise en réseau avec des services de psychiatrie internes et externes : au besoin, l'assistante sociale travaille aussi avec d'autres services de psychiatrie, tels que le Centre psychiatrique de Münsingen (PZM), les Ateliers protégés de Berne (BeWeBe), la structure d'accueil de jour des SPU et le service Psychiatrie Stützpunkt Thun.

On s'aperçoit vite que la mise en réseau est l'une des principales méthodes du travail social. En d'autres termes, l'assistante sociale noue et entretient de nombreux contacts avec des institutions, des associations et des spécialistes. La mise en réseau sert à l'échange professionnel et au développement de ressources externes (Staub-Bernasconi & Hollstein-Brinkmann, 2005) que l'assistante sociale peut solliciter et mobiliser si nécessaire, et permet d'éviter des doublons. Dans l'ensemble, la mise en réseau permet un travail plus efficace. Un exemple à titre d'illustration : la manière de structurer la journée est le problème le plus fréquemment (48%) cité par les patients de la Consultation pour migrants (Jossen, 2008). Au vu des bases légales et de la réalité structurelle, l'accès à une profession est la plupart du temps refusé aux personnes concernées. Le manque de structure des journées renforce souvent les symptômes de dépression. L'assistante sociale tente de trouver une offre adéquate avec le patient grâce à ce vaste réseau. En fonction des besoins et des capacités des patients, elle fait appel à des institutions qui proposent, p. ex., du jardinage²⁶, une activité dans un centre social, une collaboration dans un accueil de midi ou d'autres activités permettant de structurer les journées.

2.4 Module « Modules centrés sur le corps : groupes d'activité physique »

2.4.1 Le module

Les modules centrés sur le corps forment un complément au module psychothérapeutique et contribuent à la multimodalité du traitement dans son ensemble grâce à la focalisation sur le corps et l'activité physique (Jossen, Roth & Sauser, 2009). Pour des raisons culturelles, les modules liés au corps et à l'activité physique sont spécifiques et séparés entre les hommes et les femmes. A la Consultation pour migrants des SPU de Berne, il existe deux *groupes d'activité*

²⁶ Voir le chap. 2.82.8 *Jardins interculturels*

*physique pour les femmes*²⁷ et un *groupe pour les hommes*.

Les modules centrés sur le corps s'adressent aux patients ayant d'importants problèmes psychiques, en particulier les migrants souffrant de graves traumatismes. Lorsque la participation à un tel groupe d'activité physique est indiquée, les patients y sont envoyés par leurs thérapeutes. C'est notamment le cas chez les patients ayant une tendance à la somatisation, des troubles psychosomatiques et/ou un syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

Les deux modules sont intégrés dans le concept global de traitement dans la mesure où les psychothérapeutes sont en contact avec les responsables des groupes et échangent leurs impressions sur les progrès des patients et les problèmes éventuels. Les psychothérapeutes ont pour tâche de motiver les patients à y participer régulièrement (Jossen, Roth & Sauser, 2009).

2.4.2 Justification théorique et objectifs

Dans une approche thérapeutique globale et intégrative, il est essentiel de prendre en compte le corps dans des approches qui sont sinon axées sur la parole. Maurer (1993) souligne que la dimension corporelle a sa place dans chaque rencontre et relation psychothérapeutique. Il se base ainsi sur un modèle thérapeutique salutogénétique, qui s'appuie sur les compétences et les parts saines de la personne. Dans le groupe d'activité physique réservé aux hommes, par exemple, les compétences sportives, footballistiques et sociales des participants figurent au premier plan, et non leurs problèmes et difficultés (Kissling, 2007).

Pour les migrants, les connaissances d'allemand souvent lacunaires représentent un obstacle important dans la psychothérapie verbale. Des traducteurs qualifiés sont alors une aide très précieuse. L'accès complémentaire aux problèmes et aux ébauches de solutions par une voie non verbale peut soulager les patients. Schaeffer (2004) démontre que les méthodes centrées sur le corps sont des compléments appropriés à la psychothérapie verbale en vertu de la mémoire somatosensorielle des souvenirs traumatiques. Dans les groupes d'activité physique pour migrants aux SPU de Berne, des traducteurs sont présents une fois au début si nécessaire afin de transmettre aux participants les informations essentielles sur le contenu, les objectifs et le déroulement. Le but de la thérapie des groupes d'activité physique est de permettre aux patients de développer un nouveau sentiment d'appartenance au moyen de communication non verbale et de sortir de leur torpeur émotionnelle (Karcher & Tschiesche-Zimmermann, 2002).

L'aspect social constitue un autre objectif important des modules centrés sur le corps. Les patients ont été arrachés aux structures sociales de leur pays d'origine ; ils sont encore trop peu intégrés en Suisse, et nombre d'entre eux souffrent d'isolement social. En participant chaque semaine, les patients ont la possibilité d'apprendre à se connaître et de nouer des contacts sociaux. Ils peuvent ainsi découvrir qu'ils ne sont pas seuls dans leur souffrance (Jossen, Roth & Sauser, 2009). Dans le groupe d'activité physique pour les hommes notamment, la structure du sport d'équipe favorise le sentiment de groupe.

Les *migrants*, en particulier les requérants d'asile et les réfugiés, souffrent plus souvent

²⁷ En raison de la demande importante, un second groupe parallèle a récemment pu être mis sur pied.

que la moyenne de troubles psychosomatiques et de somatisation (Roth, 2007). Kirmayer (1996) l'attribue aux différentes formes d'expression culturelle. Dans d'autres cultures, le corps et l'esprit sont considérés de manière moins distincte. Les aspects psychiques et somatiques forment une unité. Les troubles corporels sont ainsi naturellement interprétés comme l'expression de problèmes psychiques. Hüther (2006) souligne que le lien, à l'origine très fort, du corps avec les structures du cerveau facilite l'accès à différents niveaux de l'individu. Ainsi, de nombreux patients renouent le contact avec eux-mêmes par l'expérience corporelle.

Collatz (2001) décrit par ailleurs que les migrants ont souvent moins de compréhension et d'accès à l'approche psychothérapeutique verbale. Dans ce cas, la voie par le corps et l'activité physique peut être mieux acceptée et ainsi plus utile aux patients.

Dans leurs articles, Clauer et Heinrich (1999) renvoient à l'importance de la kinésithérapie dans le cadre du travail thérapeutique avec des migrants ayant subi des traumatismes. Les *personnes traumatisées* souffrent plus souvent de tensions physiques et psychiques que la moyenne. Ces tensions peuvent provenir des blessures et douleurs physiques vécues durant le traumatisme (guerre, violence ou torture). En raison des douleurs persistantes, le patient est de plus en plus tendu, ce qui peut résulter en de nouvelles douleurs – par exemple des céphalées de tension ou des douleurs lombaires.

Cependant, la tension continue peut aussi être une conséquence de la stupeur vécue pendant l'expérience traumatique. D'après Levine (1998), cette stupeur doit être abordée au plan thérapeutique par des méthodes centrées sur le corps afin de stimuler des processus de modification positifs. Dans le groupe d'activité physique les patients peuvent exercer la détente, mais aussi l'activation, la perception corporelle et la conscience du corps (Karcher & Tschiesche-Zimmermann, 2002).

Les exercices visant à développer et maintenir le tonus musculaire sont excellents, à l'instar des exercices de yoga ou de respiration et des automassages. Les personnes ayant un tonus musculaire important supportent généralement mieux l'état de « qui vive » que les autres (Rothschild, 2002). Dans le groupe d'activité physique pour les hommes, l'activité physique et l'entraînement régulier aident à relâcher les tensions du corps et à renforcer le tonus musculaire. Dans ce contexte, on appelle le renforcement de la force et de la confiance en soi, « *empowerment* »²⁸ (Jossen, Roth & Sauser, 2009). Concrètement, il est possible d'atténuer les symptômes de « qui vive » typiques du SSPT dans le cadre du groupe d'activité physique.

Clauer et Heinrich (1999) affirment qu'un traumatisme peut mener à la dissociation des fonctions psychiques et des sensations corporelles. Dans la psychothérapie individuelle, les traumatismes peuvent être traités verbalement. Mais les expériences traumatiques sont ancrées dans la mémoire somatique. La méthode intégrée de la psychothérapie corporelle est essentielle afin de traiter efficacement la dissociation, de sorte que le corps et la psyché puissent de nouveau être perçus comme un tout. Dans le groupe d'activité physique, les femmes apprennent par exemple à mieux sentir leur corps, écouter et à être à son écoute et à le réintégrer dans leur

²⁸ Par *empowerment*, on entend l'application de stratégies qui peuvent encourager l'autonomie et l'autodétermination des individus et les aider à exploiter leurs ressources (Stark, 1996).

vécu.

Les migrants traumatisés souffrent souvent d'épisodes dépressifs en comorbidité avec le SSPT (Jossen, Roth & Sauser, 2009). Perdre le pays natal, les contacts sociaux et l'environnement familial peut déclencher une réaction de deuil, ce qui peut déboucher sur une dépression (Brucks, 2004). En cas d'épisode dépressif, les offres d'activité physique peuvent aider les patients à surmonter relativement plus facilement les sentiments de gravité, de vide intérieur et de détresse par un moyen non verbal.

Petzold (1999) argumente qu'un *changement émotionnel* permet de distraire les réfugiés traumatisés, du moins pendant un certain temps, de leur environnement négatif et des difficultés maintes fois vécues. La tâche de la psychothérapeute en charge du groupe d'activité physique pour les femmes ne se limite pas à montrer les exercices et à motiver les patientes, elle vise en premier lieu à créer une atmosphère de légèreté et de gaieté où les femmes peuvent se sentir en sécurité. De manière similaire, le groupe d'activité physique réservé aux hommes a pour objectif le plaisir de jouer au football et de pratiquer d'autres activités physiques. Maurer (1993) cite des études scientifiques internationales qui démontrent que les dépressions de gravité moyenne s'améliorent grâce à un entraînement sportif d'intensité moyenne. L'activité physique et le sport améliorent l'humeur et ont un effet antidépresseur.

Les sentiments de désespoir, de détresse et de situation incontrôlable dans le nouveau pays sont fréquents chez les requérants d'asile. Ils sont renforcés par le statut de séjour précaire durant la procédure d'asile qui traîne en longueur et par la menace constante d'expulsion, ils empêchent la stabilisation de l'état psychique des requérants d'asile (Weiss, 2003 ; Roth, 2007). Le manque fréquent d'offres de travail et d'occupation contribue aussi à la limitation des possibilités d'activités. Les groupes d'activité physique peuvent aider les personnes concernées à redevenir actives dans un domaine au moins en leur apprenant à assumer un rôle actif avec leur corps. Avec le temps, cette approche peut s'étendre à d'autres domaines et permettre aux patients d'abandonner leur rôle de victimes et de reprendre leur vie en main de manière plus active (Jossen, Roth & Sauser, 2009). En soi, le changement de perspective, qui est d'abord perçu au sein des groupes d'activité physique dans le corps et dans les possibilités de mouvement, s'apparente à une première étape en vue d'une participation plus active dans différents domaines de la vie. Les patients du groupe d'activité physique font des expériences positives et ont des sentiments d'indépendance grâce à l'activation de leurs ressources corporelles. L'effet d'entraînement et l'augmentation de leurs performances leur permettent d'obtenir de la confiance en soi, un sentiment d'auto-efficacité et de l'estime sociale, ce qui leur fait souvent défaut en raison de l'absence de structure de la journée notamment.

2.4.3 Mise en pratique du groupe d'activité physique pour les femmes

Le manuel *Bewegungsgruppentherapie für psychisch kranke Migrantinnen – Konzeptuelle Überlegungen, theoretische Grundlagen, Evaluation und konkrete Umsetzungshilfen*, rédigé et publié par Jossen, Roth et Sauser (2009) à la Consultation pour migrants des SPU de Berne, sert de base au *groupe d'activité physique pour les femmes* dans le domaine thérapeutique. La monographie est un guide à recommander pour la mise sur pied d'un tel groupe d'activité physique.

Le groupe d'activité physique se rencontre une fois par semaine pendant une heure. Il comprend quatre à dix participantes sous la direction d'une psychothérapeute. Le déroulement est similaire d'une rencontre à l'autre afin de transmettre aux patientes sécurité, stabilité et soutien au moyen d'une structure répétitive. Afin d'approfondir les exercices et de les transposer dans la vie quotidienne, les participantes sont invitées à les effectuer aussi régulièrement chez elles. Il est important de les répéter suffisamment pour permettre la formation de nouvelles facilitations neuronales (Hüther, 2006).

Différents exercices structurent le groupe d'activité physique, comme des exercices d'échauffement et d'étirement au début de la séance, des automassages avec une boule de massage afin d'améliorer la perception corporelle, l'expérience des limites du corps, la détente et l'encouragement des soins du corps, des exercices de respiration, de mobilité et d'équilibre de même que différents jeux de balle, seules, à deux ou en groupe. Un exercice est décrit ci-après plus en détail à titre d'illustration.

L'*exercice de chute* peut être réalisé seule ou en groupe. Dans le premier cas, chaque patiente se place contre le mur, se laisse tomber contre lui bras écartés avec le corps tendu, amortit le choc avec les bras et s'en éloigne en poussant. Si l'exercice est effectué en groupe, les patientes forment un petit cercle épaule contre épaule, de sorte qu'il n'y ait pas de trous sur le côté. Une patiente se place au milieu, tend son corps (tonification) et se laisse tomber d'un côté. Les autres amortissent sa chute et la poussent de nouveau gentiment au milieu pour qu'elle puisse se laisser tomber dans une autre direction avant d'être une nouvelle fois rattrapée. L'exercice de chute sert à réguler le tonus et à renforcer la musculature des bras lors de l'exécution. Il favorise également le courage et la confiance en soi et en d'autres personnes.

Personne n'est obligé de participer aux exercices. La patiente qui ne se sent pas bien peut faire une pause, s'allonger et reprendre les exercices plus tard. Le but est de faire des expériences positives et non de faire des performances. La psychothérapeute crée une ambiance d'acceptation et d'estime envers les patientes, mais aussi des moments légers avec rires et sourires communs et des éléments ludiques, comme des jeux de balle.

Le manuel précité de Jossen, Roth et Sauser (2009) procède aussi à une évaluation exploratoire de ce module par d'une mesure avant et après un cycle thérapeutique de trois mois du groupe d'activité physique, l'analyse a révélé un effet moyen sur la diminution des symptômes d'épuisement et un faible effet quant à la réduction des autres symptômes. L'échantillon étudié était trop petit et n'a pas permis d'extrapoler des résultats concluants pour l'ensemble de la population migrante.

2.4.4 Mise en pratique du groupe d'activité physique pour les hommes

Le *groupe d'activité physique pour les hommes* se rencontre une fois par semaine pendant une heure et demie. Les psychothérapeutes traitants inscrivent leurs patients au groupe d'activité physique si une participation à ce groupe est indiquée au plan thérapeutique. Le groupe se compose de douze personnes au maximum, sous la responsabilité d'un psychiatre et d'un entraîneur de football.

Lors de la première séance, un code moral qui comprend règles du jeu et bonnes manières est discuté et signé par l'ensemble des participants. Au besoin, un traducteur y est présent afin

d'expliquer les principales dispositions. Pour les patients, il s'agit aussi d'avoir la possibilité de s'exprimer et de s'investir dans le groupe aussi par le moyen de la communication non verbale. Le groupe d'activité physique pour les hommes vise avant tout à renforcer les ressources corporelles, la confiance en soi et à accroître les compétences sociales par la pratique de l'activité physique et du sport en commun. La condition physique est développée au moyen de l'entraînement. La possibilité de pratiquer régulièrement du sport dans un cadre approprié permet aux migrants dépressifs de surmonter des sentiments de difficulté, de vide intérieur et d'isolement de manière non verbale souvent avec une relative facilité (Kissling, 2007). Le groupe d'activité physique réservé aux hommes s'appuie conceptuellement sur des études concernant l'activité physique et la dépression.

Les rencontres du groupe d'activité physique suivent un déroulement uniforme, qui commence par une phase de mise en train, d'échauffement et d'étirements, suivie d'exercices de coordination et de football. Après une courte pause, des exercices de balle figurent au programme afin d'améliorer la dextérité. Pour finir, il y a encore une longue phase de jeu. L'entraînement est adapté aux participants.

Le psychiatre qui mène le groupe d'activité physique veille à ce que l'effort physique ne soit pas trop grand pour les participants et que le respect soit le maître-mot. L'objectif n'est pas la performance, mais il s'agit de refaire confiance à son corps et d'accumuler des expériences positives.

2.5 Module « Groupe psychoéducatif pour femmes traumatisées »

2.5.1 Le module

Le groupe psychoéducatif pour femmes traumatisées complète le module psychothérapeutique individuel en transmettant aux patientes des connaissances de base sur leur maladie, ses causes et les possibilités de traitement. A la Consultation pour migrants, il existe jusqu'à présent un groupe psychoéducatif destiné aux femmes traumatisées. Un tel groupe est en cours de mise en place pour les hommes traumatisés. Le module est sexospécifique, car les patients ont plus de facilité à aborder leurs problèmes dans des groupes unisexes (Knaevelsrud & Liedl, 2007).

Le groupe cible du module se compose des migrantes atteintes d'un trouble post traumatique et qui disposent de ressources suffisantes pour mémoriser des informations cognitives sur leur trouble et les intégrer dans leurs actes de manière constructive. Les patientes sont inscrits par les psychothérapeutes individuels. Elles doivent en outre être disposées à faire partie d'un groupe.

Le module du groupe psychoéducatif est intégré dans le concept global de la consultation pour migrants dans la mesure où les responsables du groupe entretiennent un échange avec les psychothérapeutes traitants. La psychothérapie en individuel peut se baser sur les connaissances approfondies des patients au sujet de leur trouble et de bénéficier de l'attitude plus constructive et active, qu'ont les participantes du groupe face à leurs problèmes.

2.5.2 Justification théorique et objectifs

Pour traiter un trouble psychique, il faut des thérapeutes qualifiés, mais aussi la collaboration active des patients (Liedl, Schäfer & Knaevelsrud, 2010), ce qui n'est possible que lorsque les patients sont informés et connaissent suffisamment leur maladie et les possibilités d'y faire face. La *psychoéducation* porte, d'une part, sur la transmission du savoir relatif aux causes et aux symptômes de la maladie et, d'autre part, sur la mise en évidence des possibilités de traitement, et en particulier des possibilités individuelles de faire face à la maladie.

La *transmission du savoir* vise à dissiper les peurs chez les personnes concernées. Si elles ne savent pas d'où viennent leurs symptômes et qu'elles ne comprennent pas ce qui leur arrive lorsqu'elles sont par exemple envahies de flash-back, ce qui est souvent le cas chez les patients présentant un SSPT, elles ont souvent des sentiments de détresse, de peur, d'impuissance et d'insécurité. En revanche, connaître leur maladie et avoir des explications sur les symptômes qui apparaissent leur permet d'avoir un certain sentiment de contrôle. Des possibilités d'agir s'ouvrent aussi à ces personnes (Knaevelsrud & Liedl, 2007). L'échange avec des personnes touchées par les mêmes problèmes peut être utile pour dissiper les craintes. Les patients découvrent qu'ils ne sont pas seuls avec leurs problèmes et qu'ils ne sont pas « fous » ou « anormaux ».

La *mise en évidence des possibilités de traitement et des possibilités de faire face à la maladie* vise à supprimer les attentes irréalistes des patients à l'égard des médecins, des psychothérapeutes et des institutions et à les remplacer par des attentes réalistes. Comme nous l'avons expliqué au chapitre consacré à la *transculturalité* (2.1.3), les patients étrangers et les médecins suisses ont souvent des idées différentes concernant les possibilités de traitement et celles de faire face à la maladie. Partant, la compétence transculturelle des psychothérapeutes est essentielle afin de révéler aux patients les possibilités de traitement de manière appropriée au sein du groupe psychoéducatif. Parallèlement, il s'agit de signaler les possibilités individuelles de résoudre activement les problèmes ou de les envisager ensemble avec les patients.

La *psychoéducation* a pour objectif essentiel que les patients travaillent activement à leur processus de changement. Avec le soutien des psychothérapeutes, les personnes concernées apprennent à assumer de nouveau plus de responsabilité (individuelle) et élaborent activement des stratégies visant à faire face à leurs problèmes et troubles. Les stratégies d'aide à la prise en charge personnelle atténuent les sentiments de détresse. L'encouragement des compétences des patients en matière d'aide à la prise en charge personnelle et à la maîtrise des problèmes en lien avec leur maladie de même que le renforcement de leur autonomie constituent des aspects essentiels de la psychoéducation (Wienberg & Sibum, 1997, cités par Knaevelsrud & Liedl, 2007). Chez les réfugiés et les requérants d'asile en particulier, il faut tenir compte du fait qu'ils sont souvent contraints à la passivité dans le pays d'accueil, en raison du non-octroi d'une autorisation de travailler et d'un statut de séjour précaire, et se sentent en partie « livrés » aux institutions (Roth, 2007). Ainsi, l'encouragement de la responsabilité individuelle et des possibilités d'action personnelles est d'autant plus important.

Les observations suivantes s'appliquent à la psychoéducation dans un cadre interculturel, comme c'est le cas dans le groupe de la Consultation pour migrants des SPU de Berne. La composition interculturelle des groupes constitue un défi supplémentaire pour les thérapeutes qui

les dirigent. Le contexte culturel des participants, leur niveau de formation, de représentation de la maladie et des moyens d'y faire face est très disparate. Etant donné cette variété d'origines et de langues maternelles, plusieurs traducteurs dans ces différentes langues font aussi partie du groupe.

La psychoéducation en groupe présente aussi l'avantage de l'efficacité en termes de temps et de coûts (communication personnelle d'A. Jossen, mai 2010). Dans un nombre limité de 14 séances, plusieurs patientes peuvent bénéficier en même temps, d'une part, de l'offre et des connaissances des thérapeutes qui dirigent le groupe et, d'autre part, des contacts et de l'échange avec les autres participantes.

L'*efficacité* de la psychoéducation en général est attestée par plusieurs études. Un article de Mueser et al. (2002, cités par Knaevelsrud & Liedl, 2007) a démontré des effets directs de la psychoéducation tels qu'une augmentation des connaissances sur la maladie psychique personnelle et la meilleure observance en cas de prise de médicaments de même que des effets indirects, à l'instar d'un meilleur fonctionnement social et une meilleure qualité de vie. Au Centre de traitement des victimes de torture à Berlin, il existe un groupe psychoéducatif dont le manuel a été évalué dans une étude pilote quant à son acceptation et à la possibilité de sa mise en œuvre (Knaevelsrud & Liedl, 2007). L'étude pilote a livré des résultats positifs relatifs à l'acceptation de l'offre chez les patients, mais n'a pas pu démontrer d'efficacité, contrairement à d'autres études. La petite taille de l'échantillon (N = 11 pour le groupe de contrôle et le groupe de traitement réunis) ne permet pas de tirer de conclusions définitives.

2.5.3 Mise en œuvre

Le manuel *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen*, élaboré au Centre de traitement des victimes de torture à Berlin (Liedl, Schäfer et Knaevelsrud, 2010), est à la base de l'organisation du groupe psychoéducatif à la Consultation pour migrants des SPU de Berne.²⁹ Il s'agit d'un manuel au contenu détaillé pour la psychoéducation des patients présentant un SSPT.

Le groupe psychoéducatif se rencontre une fois par semaine pendant 90 minutes, un cycle comprend quatorze séances. Les rencontres suivent un déroulement similaire afin d'offrir aux patientes soutien et sécurité. Au début de la séance, chaque participante a la parole dans le cadre d'un bref tour de table sur l'état de santé. La séance précédente est ensuite résumée et les devoirs sont discutés avant le début de la partie principale de la rencontre, qui porte le plus souvent sur l'élaboration en commun d'un thème tel que l'échange, l'information et la réaction aux différents symptômes du SSPT. Les stratégies concernant la prise en charge personnelle sont essentielles. A la fin de la séance, des feuilles d'information sont distribuées afin de renforcer l'effet de mémoire chez les patientes et de faciliter la mise en œuvre des stratégies discutées.

Les quatorze séances sont structurées de manière thématique et se déroulent par

²⁹ Ce manuel a été élaboré en 2006 par Liedl et Schäfer, évalué en 2007 par Knaevelsrud et Liedl puis publié en 2010 par Liedl, Schäfer et Knaevelsrud.

conséquence en groupe fermé. Durant la première séance, les membres du groupe font connaissance. Les objectifs et le bien-fondé de la psychoéducation sont introduits. Les thèmes de la deuxième et de la troisième rencontre sont l'interculturalité, la responsabilisation et l'initiative personnelle. L'expérience montre qu'il est essentiel, pour le traitement des symptômes et les moyens d'y faire face, d'aborder au préalable les particularités et représentations culturelles, notamment en ce qui concerne la responsabilisation (Liedl, Schäfer & Knaevelsrud, 2010). Les séances quatre à onze sont consacrées aux symptômes et troubles tels que le SSPT, la dépression, les troubles du sommeil, les peurs, les agressions, les oublis, les douleurs et les troubles dissociatifs. Des moyens sont élaborés et développés en commun quant aux possibilités qu'ont les patientes de gérer leurs troubles et d'aborder leurs problèmes de manière active. La douzième séance permet de discuter des possibilités générales de traitement et des occupations utiles comme l'activité physique, la musique, le séjour dans la nature et d'inciter les patientes à essayer celles qui leur conviennent. Durant la treizième rencontre, les patientes prennent conscience de leurs capacités et sont encouragés à redécouvrir leurs propres ressources. Au cours de la dernière séance les participantes évaluent rétrospectivement le processus de groupe. La dernière séance se termine par une fête en commun.

A titre d'illustration, les deux séances consacrées au SSPT sont décrites plus en détail. Dans la première des deux séances, les thérapeutes informent les participantes sur la notion de *traumatisme* et sur les conséquences traumatisantes typiques au plan psychique. Les participantes apprennent que ce sont des réactions normales à un événement anormal et que leurs troubles, à l'instar des flash-back, sont des symptômes du SSPT. Elles peuvent ainsi comprendre leurs troubles, ce qui atténue leurs peurs et sentiments d'impuissance (Knaevelsrud & Liedl, 2007). La seconde séance est consacrée à l'élaboration en commun des possibilités d'aider les patientes à maîtriser les situations où elles sont submergées par leurs souvenirs. Ainsi elles peuvent développer les moyens personnels d'y faire face, leurs compétences et de renforcer leur autonomie.

2.6 Module « Cours d'allemand pour migrants dans le contexte de la psychiatrie »

2.6.1 Le module

Le module des cours d'allemand est une offre complémentaire interne de la Consultation pour migrants des SPU de Berne. Le projet *Allemand pour migrants dans le contexte de la psychiatrie* s'adresse expressément aux migrants qui se sentent dépassés dans les cours d'allemand habituels en raison de leurs problèmes de santé. Le module est ouvert à l'ensemble des patients de la Consultation pour migrants et il est en tout temps possible d'y accéder. L'inscription est effectuée par les psychothérapeutes ou par l'assistante sociale, qui rendent les patients attentifs à ce module au début de la thérapie et les invitent à y prendre part.

Les cours d'allemand s'intègrent dans le concept global de traitement de la Consultation pour migrants dans la mesure où les patients sont inscrits au cours d'allemand par les psychothérapeutes. L'assistante sociale est par ailleurs en contact avec l'enseignant d'allemand et reçoit régulièrement la liste actualisée des participants, sur laquelle elle informe les psychothérapeutes lors du rapport interdisciplinaire hebdomadaire.

2.6.2 Justification théorique et objectifs

Assion (2005) mentionne notamment la compétence langagière comme facteur d'influence possible sur la santé psychique. Sans connaissances des langues du pays d'accueil, la communication avec les autochtones, tant les particuliers que les autorités, est difficile voire impossible pour les migrants. Ceux-ci ont besoin de l'aide de traducteurs, et sont dépendants de tierces personnes. Acquérir des connaissances de la langue étrangère leur permet des contacts sociaux avec des Suisses de même qu'avec des migrants d'autres origines. Les patients peuvent ainsi développer des réseaux sociaux plus étendus et solides, ce qui constitue une ressource primordiale. Schenk (2007) souligne l'importance de développer de nouveaux réseaux sociaux, en particulier avec des autochtones, comme ressource majeure pour surmonter les vicissitudes de la migration.

En plus des possibilités de contact étendues, l'apprentissage de la langue étrangère favorise une activité plus autonome dans le pays d'accueil. En améliorant leurs connaissances d'allemand, les migrants peuvent souvent mieux faire face aux difficultés sociales qui surviennent dans le pays d'accueil, ce qui peut avoir des répercussions stabilisatrices sur la santé psychique et psychosociale. Les patients ayant de nombreux problèmes psychosociaux ont souvent de plus grandes difficultés à apprendre la langue étrangère (communication personnelle de K. Iten, octobre 2010).

Un rôle important est attribué à la stabilisation, chez les patients traumatisés avec un statut de séjour précaire en particulier. Les connaissances de la langue allemande facilitent la compréhension des processus administratifs, des traitements auprès des médecins et des psychologues ainsi que la maîtrise de la vie quotidienne. Cette compréhension diminue les peurs et l'insécurité des migrants. Bermejo et al. (2009) ont découvert que la satisfaction relative à une prise en charge hospitalière, aux offres thérapeutiques et aux résultats est plus faible chez les patients qui parlent moins bien l'allemand. Si les patients maîtrisent assez bien la langue allemande, ils peuvent néanmoins encore avoir des difficultés à comprendre par exemple le système juridique suisse ou d'autres processus administratifs (communication personnelle de K. Iten, octobre 2010).

Par conséquent, les cours de langue peuvent apporter une contribution au bien-être psychique des migrants qu'il ne faut pas sous-estimer. Aussi est-il important de permettre aux migrants atteints d'un trouble psychique d'apprendre la langue du pays d'accueil. Le projet *Allemand pour migrants dans le contexte de la psychiatrie* offre ce cadre et a pour objectifs de tenir compte individuellement des participants et d'adapter le rythme du cours à leurs capacités. Les personnes traumatisées ont par exemple des difficultés à se concentrer dans les cours d'allemand habituels, qui sont souvent surchargés, trop bruyant et il y a souvent trop d'agitation pour eux (communication personnelle de K. Iten, octobre 2010).

Le projet *Allemand pour migrants dans le contexte de la psychiatrie* leur offre la possibilité d'apprendre l'allemand dans un contexte qui leur convient. Mais il faut aussi mettre en évidence les limites de l'offre. Tous les patients ne profitent pas du cours d'allemand dans la même mesure : il y a des participants qui, pour des raisons personnelles ou de santé, ne sont pas capables d'apprendre la langue étrangère. La participation au cours d'allemand peut au moins en partie leur permettre un accès à la langue du pays d'accueil.

Le module est très apprécié par les patients, qui suivent le cours avec beaucoup de motivation. L'enseignant crée une ambiance détendue et calme dans laquelle les patients atteints d'un trouble psychique peuvent relativement bien se concentrer. Il ne s'agit pas de favoriser la performance : chacun doit pouvoir faire des progrès à son rythme. De manière ludique, le cours permet aux patients d'apprendre à parler l'allemand dans un cadre protégé. Pour eux, l'expérience de prendre régulièrement part aux cours les aide et leur permet de se former progressivement à la langue. Ils font également des expériences de la vie sociale avec les autres participants. En dépit de leurs troubles, ils montrent de la persévérance et de la concentration, se soutiennent mutuellement et vont à la rencontre des autres (Jossen, 2010a).

2.6.3 Mise en œuvre

Deux cours d'allemand différents sont proposés dans le cadre du projet *Allemand pour migrants dans le contexte de la psychiatrie* à la Consultation pour migrants des SPU de Berne. L'un est un cours d'allemand classique où les patients apprennent et enrichissent le vocabulaire, découvrent certains éléments de grammaire et traitent des sujets de la vie quotidienne dans un sens interculturel. L'autre est un cours d'alphabétisation, qui se déroule aussi en allemand, mais où l'apprentissage de l'alphabet latin figure au premier plan, l'apprentissage de la langue allemande est en second plan.

Les deux cours se déroulent chaque semaine pendant 75 minutes. La taille du groupe varie entre six et quinze participants. Le cours d'alphabétisation compte le plus souvent un peu moins de participants. Le taux de participation est supérieur à la moyenne. Les psychothérapeutes invitent les patients à y participer. D'après les auto-évaluations des patients, ils font principalement des progrès dans les domaines de la lecture, de l'écriture et du vocabulaire.

L'enseignant du projet *Allemand pour migrants dans le contexte de la psychiatrie* est une personne qualifiée avec des compétences transculturelles et de l'expérience dans le domaine de la psychiatrie. De préférence, il est lui-même issu de la migration et arrive à passionner les participants. Il est au besoin coaché par une psychologue dotée de compétences transculturelles (communication personnelle de K. Iten, octobre 2010).

2.7 Module « Soutien par des bénévoles »

2.7.1 Le module

Dans le cadre du concept de traitement de la Consultation pour migrants, l'assistante sociale gère le *soutien par des bénévoles*. Le groupe cible est en particulier constitué de patients qui souffrent de solitude, qui n'ont pas réussi à structurer leurs journées ou à avoir un réseau social et qui, en raison de leur trouble psychiatrique, n'ont pas assez d'initiative personnelle pour nouer des contacts. Cela présuppose un minimum d'intérêt et de désir de vouloir entrer en contact avec d'autres personnes de même que des connaissances minimales d'allemand. Les bénévoles peuvent aussi accompagner des familles entières.

Si l'assistante sociale ou le psychothérapeute traitant estiment un soutien par des bénévoles indiqué pour les patients concernés, celle-ci met les migrants intéressés en contact

avec des bénévoles engagés.

Le module s'insère dans le concept de traitement global de la Consultation pour migrants dans la mesure où cette mise en contact et le choix minutieux de bénévoles par l'assistante sociale se déroulent en accord avec le chef de clinique ou la psychologue en chef. L'assistante sociale est en contact régulier avec les patients et rencontre les bénévoles deux fois par année. Des cours de formation interne sont proposées une à deux fois par année. Ils sont spécifiquement conçus pour les bénévoles.

2.7.2 Justification théorique et objectifs

L'activité des bénévoles à la Consultation pour migrants peut être vue sous deux angles : d'une part, sous celui des patients, où la notion de *soutien par des bénévoles* est appropriée, et, d'autre part, sous l'angle des bénévoles, où la notion de *travail bénévole* ou d'*engagement bénévole* est applicable. Ces notions sont abordées ci-après.

Dans la perspective des patients, on peut considérer plusieurs aspects. Pour les patients dépressifs en particulier, le contact social et l'activation que les bénévoles apportent sont précieux. Comme les patients souffrent souvent de solitude et manquent d'initiative, ils peuvent faire des expériences positives grâce au contact avec des bénévoles. Outre le soutien dans les affaires quotidiennes, le bénévole peut aussi donner des impulsions afin d'encourager l'initiative personnelle du patient, au sens d'une aide à la prise en charge personnelle. Par exemple, il peut lui transmettre des contacts relatifs à l'accueil de midi ou à des événements sociaux et culturels que le patient peut ensuite entretenir de son propre chef. Par ailleurs, le soutien par des bénévoles peut constituer, pour les patients, un accès positif à la société du pays d'accueil. Ceux-ci ont la possibilité d'être en contact avec une personne habitant en Suisse et d'apprendre à connaître la culture étrangère dans laquelle ils se trouvent. Le bénévole peut être un nouvel interlocuteur dans le pays d'accueil. Les migrants peuvent aussi exercer et améliorer leurs connaissances d'allemand, car ils en ont rarement la possibilité de le faire en dehors des cours d'allemand.

Du point de vue des bénévoles, le *travail bénévole* est souvent décrit par la notion générale de *bénévolat*, qui est plus large et n'implique pas forcément la notion de travail. En allemand (*Freiwilligkeit*) et en anglais (*voluntarism*), le terme porte sur le caractère bénévole de l'activité et comprend différentes possibilités d'application (Amman, 2008). Il peut inclure les activités bénévoles qui ne désignent pas du travail proprement dit – à la Consultation des migrants, les bénévoles peuvent par exemple entreprendre des excursions communes avec les patients. L'engagement bénévole dans la société civile et dans le domaine social revêt une importance particulière pour la formation et le maintien des liens sociaux (Priller, 2008). À la Consultation pour migrants, les bénévoles contribuent à l'intégration des migrants dans la société autochtone en entretenant le contact avec les patients. D'après von Cranach (2008), l'activité bénévole est intégrée dans les structures et les processus des systèmes sociaux auxquels appartiennent les acteurs (p. 138). Le travail bénévole s'intègre dans le concept de traitement de la Consultation pour migrants : il y a la possibilité de participer à des formations spécifiques et de demander si nécessaire le soutien des spécialistes de la Consultation pour migrants. La motivation des bénévoles est la plupart du temps très grande. Von Cranach (2008)

l'explique de la manière suivante : l'engagement bénévole semble utile aux bénévoles et encourage la réalisation de leurs valeurs morales ; il peut aussi leur offrir un moyen de s'épanouir et de développer leur propre personnalité ; il est vécu comme une bonne expérience enrichissante et gratifiante.

L'un des éléments centraux du travail bénévole et du travail par des bénévoles à la Consultation pour migrants, c'est le fait qu'il y a des objectifs communs des deux côtés, que ce n'est pas uniquement donner ou recevoir, mais que le contact peut être enrichissant pour les deux parties (communication personnelle d'A. Ortelli, novembre 2011). Le contact permet par exemple de jeter des ponts entre la culture autochtone et les cultures étrangères ; c'est l'occasion d'échanger des connaissances culturelles, religieuses, culinaires ou langagières, et les deux parties apprennent de nouvelles choses. Elles ont ainsi un contact supplémentaire qui leur offre la possibilité d'un échange personnel et peut contribuer à élargir leur horizon. Dans l'ensemble, le travail du bénévole doit permettre une rencontre entre deux personnes, dans un intérêt et un respect mutuels.

2.7.3 Mise en œuvre

Les bénévoles sont choisis avec soin. Après avoir posé leur candidature par écrit, ils sont invités à un entretien avec l'assistante sociale, avec la psychologue en chef ou le chef de clinique. Il s'agit principalement d'examiner la motivation des volontaires, de savoir s'ils sont qualifiés pour s'occuper de migrants souffrants de troubles psychiques. Il est important que les bénévoles soient intéressés par le contact avec des migrants et qu'ils considèrent leur engagement comme valorisant. Les bénévoles sont soumis au secret professionnel. Ils ne reçoivent pas de salaire, mais sont assurés contre les accidents et peuvent demander la prise en charge des frais de déplacement et une *attestation de bénévolat*.

Après l'entretien de sélection, une première prise de contact a lieu entre le patient et le bénévole, en présence de l'assistante sociale et, si nécessaire, d'un traducteur. Il s'agit de faire connaissance, de définir le cadre du suivi et de discuter des attentes des patients. Le patient et le bénévole se rencontrent ensuite seuls, et ils décident alors s'ils souhaitent maintenir le contact. Si tel est le cas, ils l'annoncent à l'assistante sociale et se rencontrent ensuite au moins tous les quinze jours.

Pour l'heure, dix bénévoles sont actifs, près de la moitié depuis deux à trois ans, les autres depuis six mois environ (communication personnelle d'A. Ortelli, novembre 2011).

Les bénévoles de la Consultation pour migrants soutiennent et accompagnent certains patients ou des familles entières au quotidien, les aident dans la recherche d'un logement, dans les travaux administratifs, les accompagnent à des rendez-vous difficiles, par exemple avec les autorités, mais font aussi des excursions communes, découvrir la ville ou la nature ensemble, vont boire un café et discutent ensemble. Les bénévoles peuvent aussi montrer aux patients de nouveaux lieux de rencontre, les amener aux accueils de midi pour migrants et les inciter à nouer ensuite d'autres contacts par eux-mêmes. C'est aussi l'occasion d'exercer l'allemand, un souhait que les patients expriment fréquemment et que ce contact rend possible. Ce sont des rencontres entre personnes, qui permettent des expériences intéressantes pour les deux parties. C'est une aide axée sur des choses concrètes ainsi qu'une possibilité de contact social régulier.

2.8 Module « Jardins interculturels »

2.8.1 Le module

Dans le concept de traitement de la Consultation pour migrants, les jardins interculturels ne constituent pour l'heure qu'un module complémentaire *externe*. Le module s'adresse aux migrants qui ont de l'intérêt et du plaisir à jardiner et disposent de compétences sociales de base. Des connaissances préalables du jardinage et des plantes ne sont pas indispensables. Il ne faut pas non plus bien savoir parler l'allemand, car la communication non verbale joue un rôle essentiel.

L'assistante sociale de la Consultation pour migrants assure le contact avec l'association des jardins interculturels existants à Berne. Si un patient s'intéresse au jardinage et que le psychothérapeute estime que c'est un module approprié, il est inscrit au projet des jardins interculturels. Une participation est indiquée lorsque les patients ont besoin de structurer leur journée, qu'ils n'ont pas assez de contacts sociaux ou de possibilités d'occupation. Les projets de jardins interculturels existants à Berne sont placés sous la responsabilité de plusieurs institutions.

Le module des jardins interculturels s'intègre dans le concept de traitement global dans la mesure où les patients peuvent lors des séances de thérapie individuelles aborder d'éventuels thèmes apparaissant dans le cadre du projet de jardin. Les psychothérapeutes en charge des patients sont en contact avec l'assistante sociale, qui assure la coordination et est elle-même en contact avec les différents projets.

La constitution d'un jardin interculturel comme module interne de la Consultation pour migrants est souhaitable. Le Centre de traitement des victimes de torture à Berlin peut servir de modèle. Il dispose d'un jardin thérapeutique interculturel qui est étroitement lié au traitement psychothérapeutique. Les psychothérapeutes abordent le sujet des « jardins interculturels » avec les patients.

2.8.2 Justification théorique et objectifs

Dans son livre *Wurzeln schlagen in der Fremde*, Müller (2002) décrit l'effet positif du jardinage chez les migrants traumatisés. Les graines et les plantes du pays d'origine peuvent être apportées dans la nouvelle patrie, ce qui permet de jeter des ponts émotionnels entre deux parties constitutives des migrants. Le travail proche de la nature dans le jardin permet aux migrants, et en particulier aux requérants d'asile et aux réfugiés, de prendre racine dans le nouveau pays, au sens propre du terme.

Etre ensemble avec d'autres adeptes du jardinage développe un sentiment d'appartenance (Petersen, 2007). Le contact entre migrants et autochtones peut aussi favoriser l'intégration de manière naturelle. Les jardins sont des espaces d'échange et de communauté qui offrent aux participants un accès à différentes ressources. L'échange permet aux migrants d'améliorer leurs connaissances de la langue. Récoltes et conseils sont aussi échangés. Lors des fêtes organisées en été, par exemple, les richesses culturelles sont partagées, chacun en profite. Werner (2008) appelle les jardins interculturels des *espaces de micro-intégration*. Pour lui, leur force et leur sens résident dans la simplicité avec laquelle les personnes impliquées apprennent le lien à la terre,

peuvent être productives et s'investissent dans la communauté en tant qu'individus. Des contacts entre autochtones et migrants d'origine diverse se créent de manière naturelle (Müller, 2002).

Le travail suivi au jardin peut aider les personnes traumatisées à reconstruire leur intégrité grâce au lien avec la nature. L'activité de jardinage autarcique leur donne un nouveau sentiment d'efficacité personnelle et renforce leur estime de soi. La productivité et l'activité indépendante des adeptes du jardinage, les succès visibles de leur travail, la récolte et la possibilité subséquente de donner et de partager avec les autres, permettent aux patients de passer d'une perspective de victimes à une perspective d'acteurs (Nosetti, 2009). Ils passent d'une situation passive à une attitude active.³⁰ Ce changement de perspective leur donne un plus grand sentiment d'efficacité personnelle et de confiance en soi, car ce que l'on fait au jardin est utile et gratifiant. Les patients croient de nouveau en leurs capacités et forces personnelles. Ils commencent à assumer des responsabilités, aussi une responsabilité sociale. Le Centre de traitement des victimes de torture à Berlin gère un jardin thérapeutique interculturel depuis six ans, qui fait partie de son concept de traitement et qui est considéré comme une ressource importante du processus thérapeutique (Nosetti, 2009).

Les requérants d'asile ne peuvent souvent pas exercer d'activité lucrative, car ils ne disposent pas d'une autorisation de travailler ou sont au chômage. Le jardinage peut leur offrir une manière de structurer la journée, un sentiment de productivité et une intégration sociale que l'on connaît d'habitude dans le cadre de l'activité professionnelle et qui sont existentiels pour l'être humain (Müller, 2002).

2.8.3 Mise en œuvre

Dans les jardins interculturels, il y a, d'une part, des espaces communs qui sont entretenus par tout le monde et, d'autre part, des plate-bandes qui sont cultivées par les participants individuellement. Une fois par semaine, une rencontre a lieu au jardin avec l'ensemble des participants et le responsable du module afin d'échanger les expériences et de passer du temps ensemble. Le jardin est ouvert, de sorte que les participants peuvent s'y rendre individuellement tous les jours. Des fêtes y sont aussi organisées, c'est l'occasion de cuisiner ensemble et d'échanger un savoir culturel.³¹

Les semences, la plantation et la récolte comptent parmi les activités de jardinage, mais il y a aussi l'établissement de contacts sociaux et le développement d'un sentiment d'appartenance au groupe. Des plantes utiles sont cultivées, à l'instar de différentes sortes de légumes, des baies, des herbes médicinales et des fines herbes, mais aussi des plantes d'ornement telles les fleurs. Aucune limite n'est posée à la créativité. Souvent, les migrants apportent leurs propres graines qu'ils connaissent de leur pays d'origine. Ce faisant, ils peuvent

³⁰ Voir aussi le chap. 2.4 *Modules centrés sur le corps : groupes d'activité physique*

³¹ Cette description de jardin interculturel est exemplaire et peut évidemment varier d'un projet de jardin à l'autre.

transmettre aux autres participants leur propre savoir sur les herbes et autres plantes de leur pays d'origine. Il y a ainsi un échange de connaissances : les migrants donnent et reçoivent. Ils se découvrent ainsi compétents et actifs dans le pays d'accueil.

Le responsable de chaque projet de jardinage dispose de connaissances et de savoir-faire dans le domaine du jardin et des plantes, mais aussi de compétences sociales et interculturelles. Au besoin, il peut donc donner des conseils de jardinage aux participants, intervenir en cas de situation conflictuelle et en discuter avec le groupe.

3 Etude d'efficacité

Dans le cadre de son travail de master en psychologie, Nosetti (2011), de l'université de Berne a examiné le concept de traitement de la Consultation pour migrants des SPU de Berne de manière empirique et vérifié son efficacité. Le présent manuel relève certains aspects et discute les résultats importants. Pour de plus amples informations, on peut se référer à l'étude originale précitée.

3.1 Problématique et méthodes

Dans le cadre de l'étude exploratoire, une évaluation de l'efficacité a été effectuée par une mesure des changements, avec l'interrogation suivante : *Le concept de traitement interdisciplinaire de la Consultation pour migrants des SPU de Berne a-t-il un effet positif sur les symptômes et le bien-être psychique et, ainsi, sur la santé des patients ?*

L'étude se fonde sur une évaluation au moyen de tests avant et après, dans un intervalle de six mois. Pour la mesure indirecte des changements, un questionnaire a permis de relever des données sur les symptômes généraux à l'aide du Bref inventaire des symptômes (*Brief Symptom Inventory*, BSI), sur l'état de santé au moyen de l'inventaire des émotions (EMI-B) et sur les symptômes du SSPT grâce au questionnaire révisé de Harvard relatif aux traumatismes vécus (*Harvard Trauma Questionnaire Revised*, HTQ-R). Ces mesures ont été faites au début du traitement et après six mois et complétées par un questionnaire, fait une fois après six mois, où les patients décrivent rétrospectivement les changements perçus de leur état. Tous les questionnaires sont pensés comme une procédure d'auto-évaluation.

La collection des données au moyen des questionnaires précités a été réalisée par oral avec les patients par une personne externe³², à l'équipe soignante, avec l'aide de traducteurs qualifiés, dans les locaux de la Consultation pour migrants des SPU de Berne, que les patients connaissent.

Les valeurs mesurées ont permis de calculer l'importance de l'effet du changement de l'état de santé. D'autres facteurs ont été pris en compte de manière exploratoire dans les calculs afin de fournir des indications et des suggestions pour poursuivre la recherche dans ce domaine. L'importance de l'effet a ainsi été calculés pour les catégories sexe, diagnostic SSPT et statut de séjour. Des calculs de l'importance de l'effet et de la signifiante on été fait. Ils ne sont considérés qu'à titre complémentaire en raison de la situation exploratoire et de la petite taille de l'échantillon. L'importance de l'effet est l'objet des interprétations.³³

Il n'y a pas eu de groupe de contrôle, on voulait faire des comparaisons avec les valeurs existantes dans la recherche et dans les ouvrages spécialisés.

³² Laura Nosetti, alors étudiante en psychologie clinique à l'Université de Berne, a réalisé la collecte des données dans le cadre de son travail de master.

³³ Pour une argumentation plus fouillée, prière de consulter l'étude originale de Nosetti (2011).

3.2 Description de l'échantillon

Pendant trois mois, tous les nouveaux patients de la Consultation pour migrants ont été invités à participer à l'étude. L'échantillon se compose de 33 patients de la Consultation pour migrants des SPU de Berne, dont 20 femmes (60,6 %) et treize hommes (39,4 %). La moyenne d'âge s'élève à 33,4 ans (écart-type = 10,7 ans). En moyenne, les patients de l'échantillon étaient en Suisse depuis 3,88 années (écart-type = 5,89). Quinze personnes n'étaient en Suisse que depuis un an, une personne depuis 30 ans. Les patients se distinguent en outre dans les catégories suivantes : pays d'origine, langue maternelle, appartenance religieuse, formation scolaire, état civil, statut de séjour, conditions de logement, diagnostics psychiatriques.

Au début du traitement, les diagnostics psychiatriques suivants (selon la classification CIM-10), souvent comorbides, ont été posés chez les patients : 28 patients sur 33 souffraient de dépression (épisodes dépressifs, F32, 84,9 %), dont quatre d'une dépression avec syndrome somatique (trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, F33.01, 12,1 %). 21 patients sur 33 souffraient de stress post-traumatique (SSPT, F43.1, 63,6 %). Des troubles de l'adaptation (F43.2) ont été constatés chez 12,1 % des patients, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) chez 6,0 % et des troubles somatoformes indifférenciés (F45.1) chez 6,0 % d'entre eux. Des aspects spécifiques en lien avec l'environnement social ont été diagnostiqués chez 21,2 % des patients (p. ex., chômage, Z56.0 ; difficultés liées au logement et aux conditions économiques, Z59 ; autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale, Z63). La dépression et le SSPT constituent ainsi nettement les diagnostics les plus fréquents dans le présent échantillon. Les diagnostics suivants n'ont concerné à chaque fois qu'une seule personne : dysfonctionnement sexuel (F52), autres troubles organiques de la personnalité (F07.8), suicidalité³⁴, polytoxicomanie (F19).

³⁴ La suicidalité ne constitue pas un diagnostic à part entière, mais peut être un symptôme de la dépression. Dans les dossiers médicaux sur lesquels se fonde la présente étude, elle a été recensée sous *diagnostics*, raison pour laquelle il en est fait mention ici.

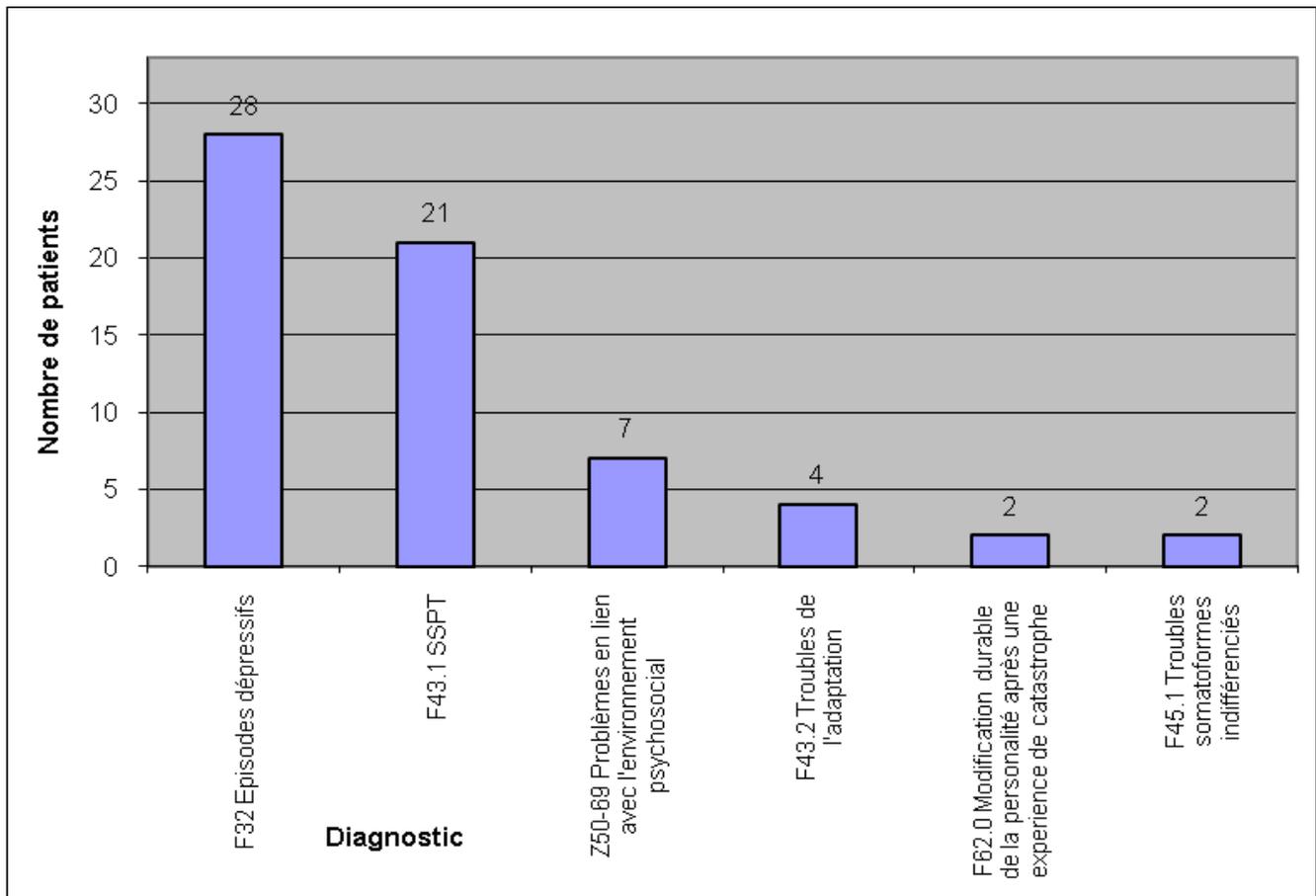


Figure 6 : Répartition des six diagnostics psychiatriques les plus fréquents dans l'échantillon (comorbidités comprises), n = 33

Les catégories « statut de séjour » et « logement » sont représentées graphiquement ci-après, car elles jouent un rôle dans la discussion.

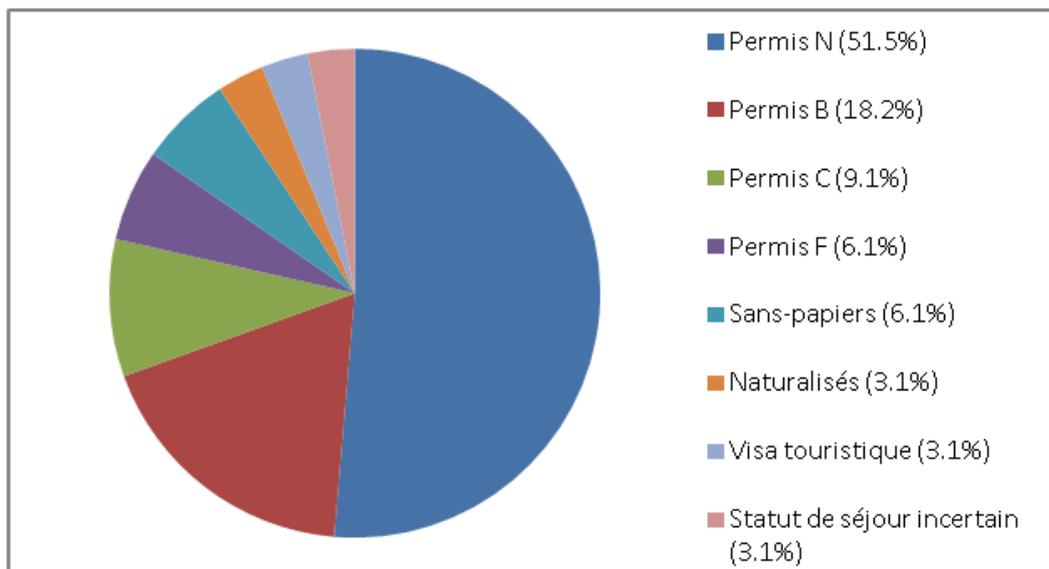


Figure 7 : Répartition du statut de séjour dans l'échantillon, n = 33

Pour ce qui est du statut d'asile ou de séjour au moment de la première mesure, 17 patients sur 33 (51,5 %) avaient un permis N³⁵ et étaient donc des requérants d'asile. Six personnes avaient un permis B (18,2 %), trois un permis F (9,1 %), deux un permis C et deux étaient sans papiers (6,1 %), une personne était naturalisée, une autre disposait d'un visa touristique et une dernière avait alors un statut de séjour incertain.

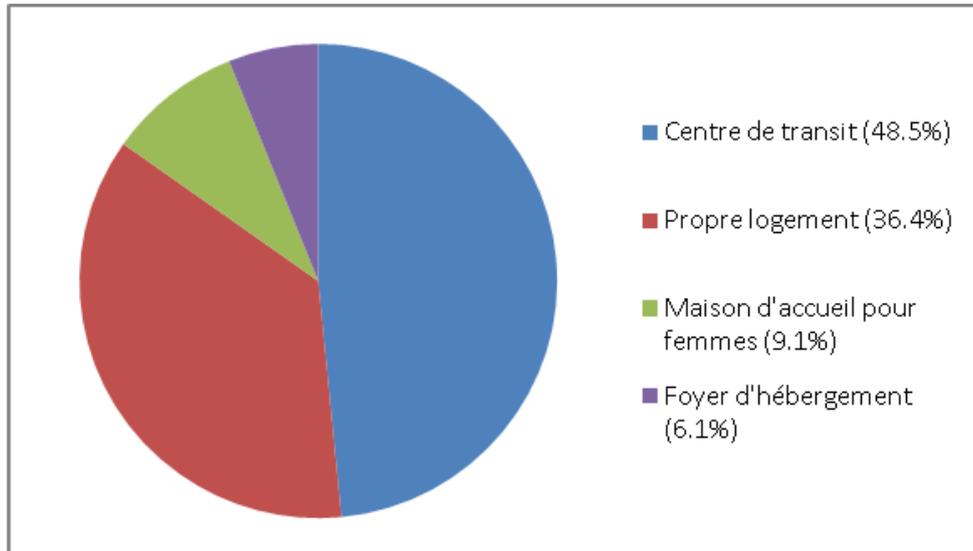


Figure 8 : Répartition des logements dans l'échantillon, n = 33

Quant aux conditions de logement en Suisse au moment de la première mesure, seize personnes vivaient dans un centre de transit pour requérants d'asile (48,5 %), douze dans leur propre logement (36,4 %), trois dans une maison d'accueil pour femmes (9,1 %) et deux dans un foyer d'hébergement (6,1 %).

3.3 Résultats et discussion

Le présent chapitre rend compte et discute les résultats de l'étude de Nosetti (2011) qui sont d'importance, pour le présent manuel. Nous renvoyons à l'étude originale pour des données détaillées et l'ensemble des tableaux et graphiques. Nous allons d'abord nous pencher sur les *résultats liés aux symptômes* de la mesure indirecte des changements à l'aide des questionnaires BSI, EMI-B et HTQ-R³⁶ avant d'aborder les résultats de la mesure directe des changements sur la

³⁵ Pour une description des différents permis et statuts de séjour, voir le chap. 1.1 *Migrants en Suisse*.

³⁶ Les résultats liés aux symptômes ont été relevés dans le cadre d'une mesure indirecte des changements à l'aide des questionnaires suivants : BSI pour répertorier les symptômes en général, EMI-B pour recenser l'état de santé et HTQ-R pour relever les symptômes spécifiques aux traumatismes. Tous les indicateurs recensés dans les trois questionnaires sont mentionnées ci-après pour donner une vue d'ensemble. Les indicateurs des symptômes généraux découlant du Bref inventaire des symptômes (BSI) sont : *somatisation, trouble obsessionnel-compulsif, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, anxiété phobique, mode de pensée persécutoire, psychotisme, indice de gravité global (GSI), total des symptômes positifs (PST), indice de détresse*

base de l'évaluation rétrospective des patients. Cela permet une représentation des résultats axée sur le fond et non la méthode. Nous rendons d'abord compte des résultats marquants de l'ensemble de l'échantillon puis, dans le cas des résultats importants, des calculs séparés des catégories « sexe », « SSPT » et « statut de séjour ».

3.3.1 Résultats des changements liés aux symptômes

L'importance des effets de l'ensemble de l'échantillon tend vers le positif ; en d'autres termes, elle indique une amélioration de la symptomatologie. Les symptômes des indicateurs *somatisation* et *dépression* ont diminué chez les patients examinés de manière générale (selon le BSI). L'*humeur dépressive* et l'*état général troublé*³⁷ des patients de même que la *valeur totale de la mesure du bien-être* (EMI-B) se sont légèrement à modérément améliorés. En lien avec les symptômes spécifiques aux traumatismes (HTQ-R), les symptômes liés au fait de *revivre* les événements ont diminué légèrement à modérément chez les patients traumatisés. Ces effets ne sont pas très grands, mais la valeur est néanmoins importante. Par ailleurs, l'amélioration de l'état de santé pour les indicateurs *humeur dépressive* et *état général troublé* est nette.³⁸ Pour les autres indicateurs, l'effet significatif est nulle ou faible.

L'ampleur des effets pour les catégories *hommes* et *femmes* se différencie nettement dans les domaines suivants : chez les hommes, l'*humeur dépressive*, l'*état général réduit*, la *valeur totale de la mesure du bien-être*, l'*état de « qui-vive »* de même que les symptômes relatifs au *total DSM* et au *total HTQ-R* se sont améliorés de manière plus significative que chez les femmes. A l'inverse, chez ces dernières, le *comportement anxieux* et le *comportement inhibé* se sont améliorés de manière marginalement significative³⁹ par rapport aux hommes. Par ailleurs, l'*hostilité* et l'*humeur dépressive* a diminué modérément à fortement chez les patients de sexe masculin. Pour les autres indicateurs, l'effet ou la différence significative trouvée, était faible ou nulle.

En résumé, on constate que les résultats liés aux symptômes sont faibles, mais que des améliorations significatives ont été obtenues en termes de bien-être des patients. Etant donné l'absence d'un groupe de contrôle⁴⁰, une comparaison de ces résultats avec les valeurs de la

pour les symptômes positifs (PSDI). Les indicateurs du bien-être selon l'inventaire des émotions (EMI-B) sont : *comportement anxieux*, *humeur dépressive*, *comportement inhibé*, *sentiment d'abandon*, *état général troublé*, *valeur totale de l'EMI-B*. Les indicateurs des symptômes du SSPT conformément au questionnaire révisé de Harvard relatif aux traumatismes vécus (HTQ-R) sont : *revivre*, *éviter*, *surexcitation*, *total DSM*, *total HTQ-R*.

³⁷ Dans le questionnaire, *bien-être* figure à l'opposé.

³⁸ La correction de Bonferroni réduit la probabilité d'effets significatifs. Il résulte néanmoins certains effets importants. Comme expliqué au chap. 3.1 *Problématique et méthodes*, les interprétations ne portent pas sur les significations, mais sur l'importance des effets. Pour de plus amples explications, prière de se référer à l'étude originale (Nosetti, 2011).

³⁹ Les significations sont indiquées par *p*. Si $p \leq 0,05$, on parle d'un effet ou d'une différence *significative*. Si $p \leq 0,1$, la différence est *marginalement significative*.

⁴⁰ Le recensement d'un groupe de contrôle n'était pas envisageable dans le cadre du travail de master pour des raisons de capacité.

littérature livre le tableau suivant :

Par rapport aux standards courants dans la recherche et les ouvrages spécialisés concernant l'importance de l'effet de la psychothérapie (Smith, Glass & Miller, 1980 ; cités par Grawe, Donati & Bernauer, 2001), la présente étude révèle principalement des effets légers à modérés, certains effets importants et, pour certains indicateurs, aucun effet qui soit supérieur à celui de la rémission spontanée.

Si l'on compare les résultats avec les données de l'étude réalisée sur des patients du Centre de traitement des victimes de torture à Berlin (Birck, 2004), l'image est différente. Cette étude se fonde sur un échantillon comparable, composé de migrants avec un statut de séjour sûr pour une partie d'entre eux et précaire pour l'autre. Elle a examiné un groupe de thérapie et un groupe de contrôle. Les résultats montrent que le groupe traité n'a pas obtenu d'amélioration significative, mais que la détérioration de la symptomatologie observée chez le groupe de contrôle a pu être réduite grâce au traitement.

En résumé, on constate qu'en comparant la présente étude avec les valeurs courantes de la recherche en psychothérapie, on enregistre de faibles valeurs. En tenant compte des particularités et en comparant l'étude avec un échantillon similaire, il en découle des effets significatifs et importants.⁴¹

3.3.2 Résultats des changements non liés aux symptômes

Ci-après sont présentés les résultats de la mesure directe des changements non liés aux symptômes. Les patients de l'échantillon ont été consultés rétrospectivement au moyen d'un questionnaire. Les 33 patients avaient suivi une *psychothérapie* à la Consultation pour migrants ou étaient en train de le faire. Seize personnes participaient à la *consultation sociale*, cinq femmes au *groupe psychoéducatif*, six femmes au *groupe d'activité physique pour les femmes*, un homme au *groupe d'activité physique pour les hommes*, six personnes au *cours d'allemand pour migrants dans le contexte de la psychiatrie*. Personne n'a pris part au *soutien par des bénévoles* et au *jardin interculturel*.

⁴¹ Le chap. 3.3.2 *Résultats non liés aux symptômes* abordera les différences des deux échantillons plus en détail.

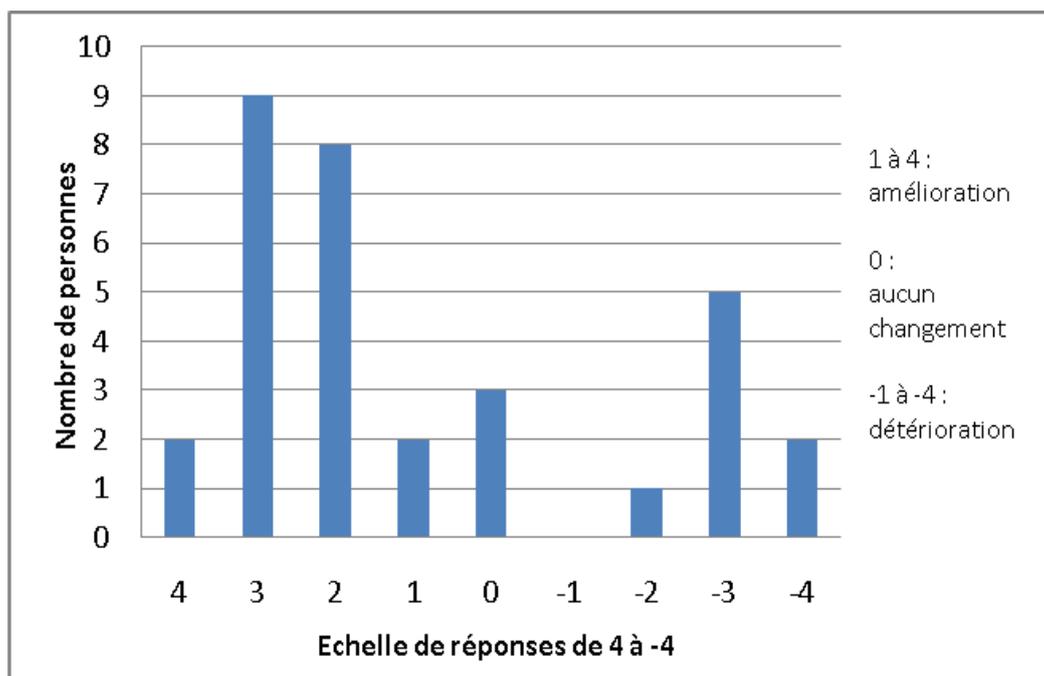


Figure 9 : Auto-évaluation rétrospective des patients à la question : *Comment votre état de santé a-t-il évolué au cours des six derniers mois ?*

A la question « Comment votre état de santé a-t-il évolué au cours des six derniers mois ? », les patients ont pu répondre sur l'échelle de Likert de + 4 (fortement amélioré) à -4 (fortement détérioré) en passant par 0 (aucun changement de l'état de santé) (Figure 9).

En résumé, on peut dire que 21 patients sur 33 perçoivent une amélioration de leur état de santé par rapport à six mois auparavant, trois ne remarquent aucun changement et huit trouvent que leur état de santé s'est détérioré.

C'est un résultat clair qui révèle l'amélioration du bien-être général dans l'optique des patients. Certains ont bien constaté une détérioration de leur état de santé, mais la grande majorité perçoit une amélioration. Les huit patients qui ont indiqué une détérioration de leur état de santé donnent le plus souvent les raisons suivantes (plusieurs réponses possibles) : trois personnes ont dit souffrir de ne pas avoir reçu de décision en matière d'asile ou d'avoir obtenu une décision négative ou de se trouver encore en pleine procédure et dans l'incertitude ; trois patients ont fait état de leur peur quant à leur avenir et deux ont mentionné la difficulté de ne rien pouvoir faire, de ne pas pouvoir travailler, de ne rien pouvoir changer, de ne pas pouvoir aider leur famille ; enfin, cinq personnes ont indiqué qu'elles allaient moins bien en raison de la détérioration de leurs problèmes de santé.

La grande majorité ayant indiqué une amélioration de l'état de santé, ce résultat est plus net que celui de la mesure indirecte des changements liée aux symptômes, qui se fonde sur les différents symptômes et tableaux symptomatiques. A ce sujet, il convient de mentionner l'étude de Birck (2002), qui a démontré que les symptômes ne se sont pas considérablement améliorés chez les patients – la situation est comparable avec les migrants atteints d'un trouble psychique, mais que des améliorations notables sont constatées dans (d'autres) domaines pratiques. Ce sont par exemple une meilleure intégration dans la communauté ou une meilleure gestion du quotidien, ce qui n'est pas mesuré dans les changements liés aux symptômes. Ces aspects qui

contribuent à la réinsertion sont particulièrement importants pour les migrants traumatisés (Keilson, 1979).

On trouve aussi des indications d'une telle interprétation dans les réponses des patients dans le cadre de la présente étude. A la question des raisons que donnent les patients pour le changement de leur état de santé, cinq personnes ont répondu qu'elles allaient mieux parce qu'elles savaient qu'elles recevaient de l'aide et qu'elles pouvaient parler de leurs problèmes avec quelqu'un ; deux patients ont indiqué que leurs problèmes existaient encore en partie, mais qu'ils pouvaient mieux les gérer. Trois personnes ont rapporté qu'elles rumaient moins leurs problèmes. Trois ont indiqué qu'elles allaient mieux parce qu'elles avaient pris des médicaments. Quatre patients ont dit aller mieux parce qu'ils pouvaient désormais travailler et avaient une occupation ; trois ont expliqué que leur situation familiale s'était améliorée ; deux ont mentionné une amélioration de leurs conditions de logement ; et deux autres ont indiqué à quel point cela leur faisait du bien de pouvoir faire du sport. Une personne a dit aller mieux parce qu'elle avait mieux appris l'allemand, une autre parce qu'elle était devenue plus autonome, une dernière parce que son alimentation s'était améliorée.

Ces réponses indiquent que les conditions de vie *sur lesquelles les patients ont une influence* ont évolué de manière positive. La situation familiale, par exemple, s'est améliorée, les patients ont une meilleure manière de structurer la journée et peuvent s'occuper, ils font du sport, ruminent moins leurs problèmes et maîtrisent mieux la langue allemande. Nombre de ces résultats ont pu être favorisés par les offres multimodales, à l'instar des groupes d'activité physique, du cours d'allemand, de la consultation sociale et de la psychothérapie.

Les réponses mettent en outre en évidence l'importance de la psychothérapie et du traitement multimodal malgré les circonstances défavorables et lourdes et non influençables.⁴² Cela apparaît à travers les réponses des ce qui transparait notamment dans les patients : ils savent qu'ils reçoivent de l'aide, qu'ils peuvent parler de leurs problèmes, mais aussi qu'ils savent mieux les gérer.

Ces réponses montrent le potentiel du concept de traitement multimodal de la Consultation pour migrants, qui ne se concentre pas seulement sur l'amélioration de la symptomatologie des patients, mais considère la situation dans son ensemble et tient compte des conditions de vie particulières des patients.

⁴² De plus amples détails sur les conditions de vie et le contexte figurent ci-après.

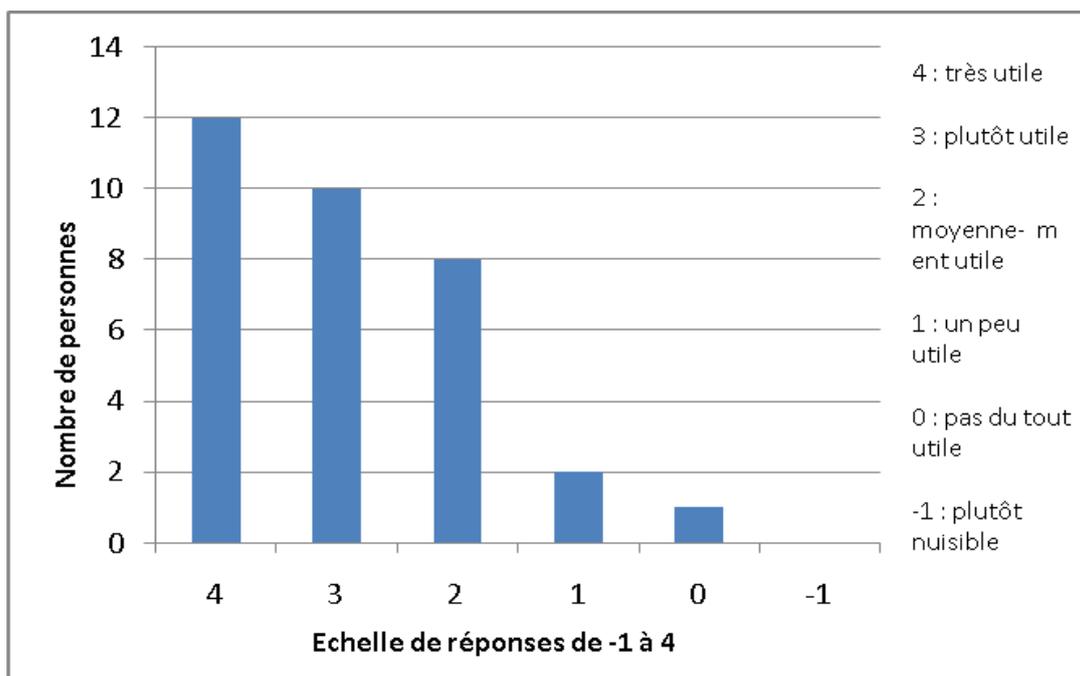


Figure 10 : Auto-évaluation rétrospective des patients à la question : *Le traitement à la Consultation pour migrants vous a-t-il été utile dans son ensemble et, si oui, dans quelle mesure ?*

A la question « Le traitement à la Consultation pour migrants vous a-t-il été utile dans son ensemble et, si oui, dans quelle mesure ? », les patients ont pu répondre sur l'échelle de Likert de -1 (plutôt nuisible) à 4 (très utile) en passant par 0 (pas du tout utile) (Figure 10).

On constate que l'ampleur des effets est très importante. En d'autres termes, les patients ont trouvé le traitement très utile, bien que les effets soient généralement plus élevés dans le cadre de la mesure directe des changements pour des raisons méthodologiques. En ce qui concerne la question l'évolution de l'état de santé (Figure 9), on enregistre une faible ampleur d'effet, ce qui signifie qu'en moyenne, les patients vont un peu mieux.

En résumé, on peut dire que, d'une part, les patients interrogés ont indiqué une amélioration de leur état de santé et que, d'autre part, le traitement à la Consultation pour migrants est largement perçu comme utile.

Les réponses du questionnaire de la mesure directe des changements, montrent que l'ampleur des effets en lien avec l'état de santé était aussi faible que l'ampleur des effets de mesure indirects de changement, à l'exception des patients sans SSPT, chez qui l'ampleur des effets s'est révélée moyenne à grande. Deux tiers des patients ont indiqué une amélioration de l'état de santé légère à forte, mais l'effet global s'est avéré faible, car certains patients ont aussi indiqué une détérioration de l'état de santé. En revanche, à la question de savoir si les patients ont vécu le traitement comme une étape essentielle et dans quelle mesure le traitement à la Consultation pour migrants leur a été utile, les effets étaient toujours très importants. On peut en conclure qu'il faut faire une distinction entre la perception des patients relative à l'évolution et à l'amélioration de leur état de santé et leur perception relative à l'utilité du traitement. Ces constatations appuient les dires et la perception de l'équipe soignante selon laquelle le concept de traitement est perçu par les personnes concernées comme étant utile et important, quand

bien même elles évaluent elles-mêmes l'amélioration de leur état de santé comme étant plutôt mineure. Ce besoin de traitement chez ces patients apparaît comme important, ce qui se reflète aussi dans les réponses *J'aimerais plus de thérapie* et *J'aimerais venir plus souvent à la thérapie* à la question *De quoi auriez-vous besoin pour aller mieux ?*

Si l'on compare ces résultats avec les valeurs courantes de la littérature et les données de l'étude du Centre de traitement pour les victimes de tortures, la question se pose de savoir dans quelle mesure les deux échantillons de migrants sont différents de ceux des études traditionnelles en psychothérapie.

Le présent échantillon se compose de patients atteints de troubles plus sévères, qui se trouvent dans des situations psychosociales plus complexes que les échantillons cliniques de la population autochtone, ce que confirment les études de l'Office fédéral de la santé publique (2011) et l'étude de Roth (2007). Les migrants ont souvent vécu des expériences traumatiques telles que la guerre, la fuite, la torture et la violence, qui représentent des facteurs de risque pour la santé psychique. Par ailleurs, la migration est en soi un événement critique pour les personnes concernées (Weiss, 2003). Les circonstances de la migration et la réalité dans le pays d'origine jouent un rôle important. Dans l'échantillon des migrants les épreuves et le vécu du passé sont plus lourds et la persistance des symptômes plus longue. Les conditions de vie des migrants, en particulier les réfugiés et les requérants d'asile, sont souvent lourdes et difficiles (Weiss, 2003). Les troubles subsistent ainsi souvent, s'aggravent et deviennent chroniques, tandis que s'ajoutent de nouvelles difficultés psychosociales.⁴³

Les réponses des patients aux questions ouvertes fournissent des informations intéressantes sur les difficultés vécues. Aux questions *Pourquoi allez-vous mieux/moins bien/aussi bien qu'il y a six mois ?* et *De quoi auriez-vous besoin pour aller mieux ?*, nombre de réponses peuvent être classées dans les mêmes catégories. Pour les affirmations *Je vais mieux, parce que...*, on trouve les aspects *pouvoir travailler, meilleure situation familiale, statut de séjour sûr, meilleures conditions de logement*. Des aspects similaires sont mentionnés pour les affirmations *Je vais moins bien, parce que...*, comme par exemple *parce que je n'ai pas encore obtenu de décision en matière d'asile, parce que ma situation de logement est mauvaise ou parce que je ne peux rien faire, pas travailler, rien changer, aider ma famille*. L'importance des aspects mentionnés se reflète aussi dans la question relative à ce que les patients auraient eu ou auraient besoin pour aller mieux. Les mentions les plus fréquentes étaient *travail, emploi, structure de la journée* (12 mentions), *pouvoir être avec la famille* (12 mentions), *statut de séjour sûr* (9 mentions) ainsi que *propre ou meilleur logement* (6 mentions). Les thèmes *statut de séjour*,⁴⁴ *travail, situation familiale* et *conditions de logement* apparaissent dans de nombreuses

⁴³ Voir aussi les chap. 1.2 *Etat de santé des migrants* et 2.3 *Consultation sociale*

⁴⁴ Sur l'importance du statut de séjour pour la santé psychique des requérants d'asile, nous renvoyons à l'étude actuelle du Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre (AFK) à Zurich. L'AFK a notamment comparé la santé psychique des requérants d'asile qui ont reçu une décision négative, sont dans une procédure d'asile en cours ou ont reçu une autorisation de séjour provisoire (Müller, Schmidt, Stäheli & Maier, 2010).

réponses.

D'une part, cela montre les limites de la psychothérapie et du traitement multimodal dans ces conditions. Il arrive souvent que chez des patients qui ont atteint une stabilisation psychique grâce à la psychothérapie, survienne un problème psychosocial – par exemple, pas d'autorisation d'exercer une activité lucrative ou une décision d'asile négative – et entraîne aussi une déstabilisation psychique considérable (communication personnelle de J. Roth, décembre 2011).

D'autre part, on trouve aussi des indications et des exemples comment la psychothérapie, la consultation sociale et les autres offres thérapeutiques peuvent représenter un soutien, en particulier dans les domaines de l'occupation/structure de la journée et de la situation familiale. Par exemple en incluant des membres de la famille dans le processus thérapeutique, le soutien par des bénévoles qui aident la famille dans les difficultés de la vie quotidienne ; mais aussi grâce aux cours d'allemand, aux groupes d'activité physique, aux jardins interculturels et aux autres offres qui proposent une occupation aux patients et leur permettent ainsi de structurer la journée.

Cette étude⁴⁵ montre l'importance de la psychothérapie et du traitement multimodal, mais révèle aussi que de multiples facteurs contextuels tels que le statut de séjour, la situation de logement, la situation de travail et la situation familiale jouent un rôle dans la persistance des troubles psychiques des patients et influent le déroulement du traitement. Cette étude met en évidence le potentiel du concept de traitement multimodal de la Consultation pour migrants, qui se concentre non seulement sur l'amélioration de la symptomatologie des patients, mais aborde aussi la situation dans son ensemble et les conditions de vie particulières des personnes concernées.

L'étude met en évidence la problématique du processus d'asile long et incertain de même que ses conséquences sur la santé psychique des requérants d'asile.

⁴⁵ Les limites et restrictions de ce travail de recherche sont, d'une part, d'ordre méthodologique et statistique. D'autre part, le sujet comporte des restrictions inhérentes qui se réfèrent principalement aux multiples facteurs contextuels. Pour une discussion plus détaillée, prière de se référer à l'étude originale (Nosetti, 2011).

4 Conclusions

Le présent manuel donne un aperçu du concept de traitement multimodal de la Consultation pour migrants des SPU de Berne, qui comprend les modules suivants : *examens psychiatriques et psychothérapie ambulatoire, consultation sociale, groupes d'activité physique, groupe psychoéducatif, cours d'allemand pour migrants dans le contexte de la psychiatrie, soutien par des bénévoles* et le lien avec les *jardins interculturels*. Le service de traduction est également un élément important. A l'aide de ces différents modules, le traitement de la Consultation pour migrants se fonde sur plusieurs aspects et tient aussi compte des facteurs contextuels particuliers et des conditions de vie des patients. Le présent manuel relate l'efficacité du concept de traitement démontré par une étude spécialement réalisée à la Consultation pour migrants (Nosetti, 2011). Par ailleurs, il a fourni des informations sur l'état de santé de la population migrante et mis en évidence la situation actuelle en termes de soins de santé pour les migrants. Le présent manuel a révélé l'insuffisance de l'offre pour la population migrante et les barrières existantes à l'accès au système de santé. Il a démontré la nécessité d'avoir des consultations spécialisées dans la psychothérapie pour migrants et d'offres spécifiques à la migration en tenant compte de la transculturalité.

D'après Maier (2007), *le traitement psychiatrique des migrants est un terrain politique explosif*. Les migrants atteints d'un trouble psychique et les thérapeutes de la Consultation pour migrants savent ce que veut dire être livré à la réalité politique. Le traitement se heurte souvent à des limites contextuelles sur lesquels les thérapeutes et les patients n'ont aucune influence, à l'instar du statut de séjour, des conditions de logement, des conditions de travail et de la situation familiale.

Comme le présent manuel l'a démontré et en dépit de ces limites, il est important et nécessaire qu'il existe des institutions spécialisées pour soigner les migrants atteints d'un trouble psychique. D'un point de vue éthique, il est indispensable de traiter chaque personne ayant des problèmes de santé de manière appropriée. En outre, des institutions telles que la Consultation pour migrants permettent de lutter contre l'inégalité des chances de la population migrante dans le système de santé. La spécialisation du personnel en psychotraumatologie et dans le domaine de l'asile permet d'offrir un traitement approprié. Le recours à des traducteurs qualifiés facilite la communication et la compréhension mutuelle. Les résultats de la recherche confirment que le traitement des migrants atteints d'un trouble psychique, en particulier des requérants d'asile, permet d'éviter une détérioration de leur état de santé en dépit de circonstances contextuelles lourdes par rapport aux patients non pris en charge (Birck, 2004). Nosetti (2011) a montré qu'on peut obtenir des améliorations de la dépression et du sentiment de bien-être des patients. Les modules de traitement sont jugés utiles par les patients, comme le révèlent les réponses des personnes concernées rapportées dans le présent manuel. Ces réponses indiquent en outre que les conditions de vie sur lesquelles les patients ont une influence se sont développées de manière positive : par exemple, création d'emplois et manière de structurer la journée, amélioration de la situation familiale, augmentation des connaissances d'allemand. Comme le montre la liste d'attente de la Consultation pour migrants, il existe une forte demande de traitement. On peut aussi raisonner en termes de coûts : un traitement précoce, ambulatoire,

approprié et à bas seuil permet de prévenir une chronicisation des troubles psychiques et de réduire le nombre d'admissions hospitalières ou d'urgence onéreuses. Enfin, les offres de groupe de la Consultation pour migrants, en particulier, sont un moyen d'aider de nombreux patients tout en économisant des ressources et des coûts.

En dépit des limites des circonstances lourdes et non influençables, le présent manuel montre le potentiel du concept de traitement multimodal de la Consultation pour migrants, qui prend en charge les patients en misant sur plusieurs approches en tenant compte de la situation globale et des conditions de vie particulières des personnes concernées.

Pour conclure, nous revenons brièvement sur les citations figurant dans l'introduction du présent manuel⁴⁶. La citation de la Kurde de Turquie montre, d'une part, la reconnaissance de nombreux patients pour le soutien qu'ils ont reçu à la Consultation pour migrants et, d'autre part, les limites du traitement : bien qu'il ne soit souvent pas possible de modifier fortement les conditions de vie, il est possible d'aider les patients à faire face aux difficultés. La citation de la Somalienne qui a fui en Suisse avec ses enfants met en évidence comment le concept de traitement multimodal de la Consultation pour migrants peut opérer sur différents aspects de la vie des patients, par exemple en structurant leur journée ou en proposant une occupation et des contacts sociaux. Derrière les résultats de l'étude présentée dans ce cadre se trouvent des personnes aux destins multiples et douloureux. Nous aimerions leur rendre hommage.

⁴⁶ Voir chap. 1 *Introduction*

5 Bibliographie

Abdallah-Steinkopff, B. (1999). Psychotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. *VERHALTENSTHERAPIE*, 9, 211-220.

Amman, H. (2008). Begrifflichkeiten und deren Auswirkungen auf die Forschung am Beispiel des Freiwilligen-Monitors. In: Ammann, H., Hase, R., Jakobs, M. & Riemer-Kafka, G. (Hrsg.). *Freiwilligkeit. Ursprünge, Erscheinungsformen, Perspektiven* (S.19-35). Zürich: Seismo Verlag.

Assion, H.-J. (2005). Migration und psychische Krankheit. In: Assion, H.-J. (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S.133-144). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Begher, F.-P. (2009). Sozialarbeit mit Migranten im Kontext der Psychotherapie. In: Erim, Y. (Hrsg.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bermejo, I., Berger, M., Kriston, L., Härter, M. (2009). Ist Patientenzufriedenheit in der stationären Depressionsbehandlung von der Qualität sprachlicher Deutschkenntnisse abhängig? *Psychiat Pra*, 36, 279-285. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Berry, J.W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 697-712. Canada.

Bhugra, D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatr Scand*, 108 (418), 67-72.

Birck, A. (2002). Folterüberlebende nach psychotherapeutischer Behandlung. Untersuchung ehemaliger Patienten zwei Jahre nach Therapieende. In: A. Birck, C. Pross & J. Lansen (Hrsg.). *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S. 227-238). Berlin: Springer.

Birck, A. (2004). Symptomatik bei kriegs- und folterüberlebenden Flüchtlingen, mit und ohne Psychotherapie. *BZFO. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (2), 101-109.

Brucks, U. (2004). Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland. Migration und psychische Erkrankung. *Psychoneuro*, 30 (4), 228-231.

Bundesamt für Gesundheit, BAG, Office fédéral de la santé publique, OFSP (Hrsg.) (2008). *Migration und Gesundheit. Bundesstrategie Phase II (2008-2013)*. Bern: BAG.

Bundesamt für Gesundheit, BAG, Office fédéral de la santé publique, OFSP (Hrsg.) (2011a). *Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II)*. Schlussbericht und Medienmitteilung. Bern: BAG.

Bundesamt für Migration, BFM, Office fédéral des migrations, ODM (2010). *Migrationsbericht 2009*. Bern: BFM.

Bundesamt für Migration, BFM, Office fédéral des migrations, ODM (2011). *Asylstatistik*

2010. Bern: BFM.

Butler, J., Albrecht, N.-J., Elsässer, B., Gavranidou, M., Habermann, M., Lindert, J. & Weilandt, C. (2007). Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 50:1232–1239.

Clauer, J. & Heinrich, V. (1999). Körperpsychotherapeutische Ansätze in der Behandlung traumatisierter Patienten: Körper, Trauma und Seelenlandschaften. *Psychotherapie Forum*, 7, 75-93.

Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg) *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrieverlag.

De Shazer, S. (2003). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Deutsche Übersetzung von U. Stopfel. Stuttgart: Klett-Cotta.

Domenig, D. (2004). Transkulturelle Kompetenz – eine Querschnittsaufgabe. In: Departement Migration Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.). *Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 57-70). Zürich: Seismo Verlag.

Epstein, L. & Brown, L.B. (2002). *Aufgabenzentrierte, zeitlich befristete Beratung in der Sozialarbeit*. Luzern: Interact, Verlag für Soziales und Kulturelles.

Gavranidou, M. & Abdallah-Steinkopff, B. (2007). Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 353-361.

Gerritsen, A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L., Hovens, J. & van der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 18-26.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. 5.Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Haenel, F. (1997). Spezielle Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. *Systema* 2, 11.Jahrgang, 136-144

Hegemann, T. (2010). Transkulturelle Kommunikation und Beratung. Die Kompetenz, über kulturelle Grenzen hinweg Kooperation herzustellen. In: Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg) *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrieverlag.

Herman, J. (2006). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. 2.Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.

Hüther, G. (2006). Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (Hrsg.). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (S.73-97). Bern: Hogrefe.

Iten, K. (2010). *Konzept der Sozialberatung an der Sprechstunde für MigrantInnen UPD Bern*. Unpubliziertes Konzept.

Jossen, A., Roth, J. & Sauser, A. (2009). *Bewegungsgruppentherapie für psychisch kranke Migrantinnen. Konzeptuelle Überlegungen, theoretische Grundlagen, Evaluation und konkrete Umsetzungshilfen*. Zürich: Seismo Verlag.

Jossen, A. (2008). *Zwischenbericht betreffend psychosoziale und psychoedukative Dienstleistungen an der Sprechstunde für MigrantInnen UPD Bern*. Unpublizierter Bericht.

Jossen, A. (2010a) *Zwischenbericht betreffend Deutsch für MigrantInnen im Kontext der Psychiatrie*. Unpublizierter Bericht.

Jossen, A. (2010b). Projekteingabe beim Bundesamt für Gesundheit (BAG). *Ambulante Behandlung von psychisch kranken MigrantInnen – ein interdisziplinäres, kostengünstiges und überprüftes Behandlungskonzept*. Unpublizierter Bericht.

Karcher, S. & Tschiesche-Zimmermann, C. (2002). „Wir sitzen alle in einem Boot“ Erfahrungen mit Gestaltungstherapie und konzentrativer Bewegungstherapie als handlungsorientierte Therapiemethoden innerhalb einer interkulturellen Frauengruppe. In: A. Birck, C. Pross & J. Lansen (Hrsg.), *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin*. Springer. 123-141.

Keilson, H.A. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Forum der Psychiatrie. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Kirmayer, L.J. (1996). Confusion of the senses: implications of ethnic variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. In A.J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity & R.M. Scurfield (Hrsg.). *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder : Issues, research, and clinical applications* (S.131-163). Washington, DC: American psychological association APA.

Kissling, P. (2007). *Bericht über die Fussballgruppe für Männer der Sprechstunde für MigrantInnen vonseiten des therapeutischen Co-Leiters, Dr. med. P. Kissling*. Unpublizierter Bericht.

Kläui, H. (2006). Medikalisierung sozialen Leidens: Erfahrungen aus der Praxis. In: Van Eeuwijk, P. & Obrist, B. (Hrsg.) *Vulnerabilität, Migration und Altern. Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis* (S.149-165). Zürich: Seismo Verlag.

Knaevelsrud, C. & Liedl, A. (2007). Entwicklung eines Manuals einer psychoedukativen Gruppentherapie für traumatisierte Flüchtlinge. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 39 (1), 75-85.

Koch, E. (2005). Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten. In: Assion, H.-J. (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S.167-186). Heidelberg: Springer.

Levine, P.A. (1998). *Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit,*

traumatische Erfahrungen zu transformieren. Essen: Synthesis.

Liedl, A., Schäfer, U. & Knaevelsrud, C. (2010). *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen.* Stuttgart: Schattauer.

Loncarevic, M. (2001). Migration und Gesundheit. In: Domenig, D. (Hrsg.). *Professionelle transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe* (S.61-85). Bern: Huber.

Maier, T. (2007). *Flucht essen Seele auf.* Artikel der Sonntagszeitung vom 5.8.2007

Maurer, Y. (1993). *Körperzentrierte Psychotherapie.* Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Meyer, K. (Hrsg.) (2008). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008.* Bern: Huber.

Müller, C. (2002). *Wurzeln schlagen in der Fremde, Internationale Gärten und ihre Bedeutung für Integrationsprozesse.* München: oekom Verlag.

Müller, J., Schmidt, M., Stäheli, A. & Maier T. (2010). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *European Journal of Public Health, July 2010, 1-6.*

Nosetti, L. (2009). *Interkulturelle Gärten. Broschüre.* Berlin: Eigenverlag.

Nosetti, L. (2011). *Interdisziplinäre Behandlung psychisch kranker MigrantInnen – eine Wirksamkeitsstudie. Beschreibung und Wirksamkeitsprüfung des Behandlungskonzepts der Sprechstunde für MigrantInnen der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern.* Unveröffentlichte Masterarbeit. Institut für Psychologie der Universität Bern.

Ollech, A. (2002). Wir sind hier total aufgeschmissen! - Subjektive Krankheits-, Problem- und Therapievorstellungen extremtraumatisierter Flüchtlinge im Exil. In: Birck, A., Pross, C. & Lansen, J. (Hrsg.). *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S.17-29). Berlin: Springer.

Paunovic, N. & Öst, L.-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy, 39, 1183–1197.*

Petersen, F. (2007). *Interkulturelle Gärten in Berlin.* Berlin: Informationsbroschüre: *Beauftragte des Berliner Senats für Integration und Migration.*

Petzold, H. (1999). Body narratives – Traumatische und Posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie* 1-2, 4-30.

Petzold, H., Wolf, H. U., Landgrebe, B., Josic, Z. & Steffan, A. (2000). Integrative Traumatherapie - Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. In: Van der Kolk, B., McFarlane, A. & Weisaeth, L. (Hrsg.). *Traumatic Stress – Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 445-579). Paderborn: Junfermann Verlag.

Priller, E. (2008). Zivilgesellschaftliches Engagement im europäischen Vergleich. In: Ammann, H., Hase, R., Jakobs, M. & Riemer-Kafka, G. (Hrsg.). *Freiwilligkeit. Ursprünge, Erscheinungsformen, Perspektiven*. Zürich: Seismo. S.51-70.

Pross, C. (2004). Burnout und stellvertretende Traumatisierung. In: F. Haenel & M. Wenk-Ansohn (Hrsg.). *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren*. Basel: Beltz Verlag.

Reddemann, L. (2008). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. 5.Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Roth, J. (2007). *Psychisch kranke Migranten. Eine explorative Untersuchung zu Symptombelastungen, Bewältigungsstrategien, Behandlungserwartungen und Krankheitserklärungen von psychisch kranken Migranten*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Institut für Psychologie der Universität Bern.

Roth, J. (2011). Drei Fragen an Janis Roth, Psychologin FSP. *Psychoscope 3/2011, Vol. 32*, 32.

Rothschild, B. (2002). *Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung*. Essen: Synthesis

Sabbioni, M. & Salis Gross, C. (2006). Die migrationsspezifische Anamnese. In: Van Eeuwijk, P. & Obrist, B. (Hrsg.). *Vulnerabilität Migration und Altern, Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis* (S.166-201). Zürich: Seismo Verlag.

Salman, R. (2001). *Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen*. In: Domenig, D. (Hrsg.). *Professionelle Transkulturelle Pflege*. Bern: Hans Huber.

Schaeffer, E. (2004). Tanz- und Bewegungstherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2 (2).

Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*. 52(2), 87-96.

Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.). *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrieverlag.

Stark, W. (1996). *Empowerment: neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Statistik der Sprechstunde für MigrantInnen, März 2011

Staub-Bernasconi, S. & Hollstein-Brinkmann, H. (2005). (Hrsg.) *Systemtheorien im Vergleich: was leisten Systemtheorien für die soziale Arbeit?* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Svejda-Hirsch, L. & Streb, P. (2009). Kulturwechsel und Erkrankung – von Unterschieden und Gemeinsamkeiten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 90, 41.

Ünal, H. (2009). *Psychotherapie mit Flüchtlingen und Folterüberlebenden*. In: Erim, Y. (Hrsg.) *Klinische interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch*. Stuttgart: W.Kohlhammer Verlag.

Von Cranach, M. (2008). Freiwilligkeit, Altruismus oder Egoismus? Zur Sozialpsychologie der individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung der Freiwilligkeit. In: Ammann, H., Hase, R., Jakobs, M. & Riemer-Kafka, G. (Hrsg.). *Freiwilligkeit. Ursprünge, Erscheinungsformen, Perspektiven* (S.137-149). Zürich: Seismo.

Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank?* Zürich: Seismo Verlag.

Werner, K. (2008). *Interkulturelle Gärten als Sozialräume der Mikro-Integration*. Skripte zu Migration und Nachhaltigkeit, 6, Stiftung Interkultur, München.

Winter, L.B. (2004). *Möglichkeiten der Behandlung von Patienten mit Folgeerkrankungen nach psychischer Traumatisierung. Eine Literaturübersicht*. Inaugural Dissertation Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau. Unveröffentlichtes Manuskript.

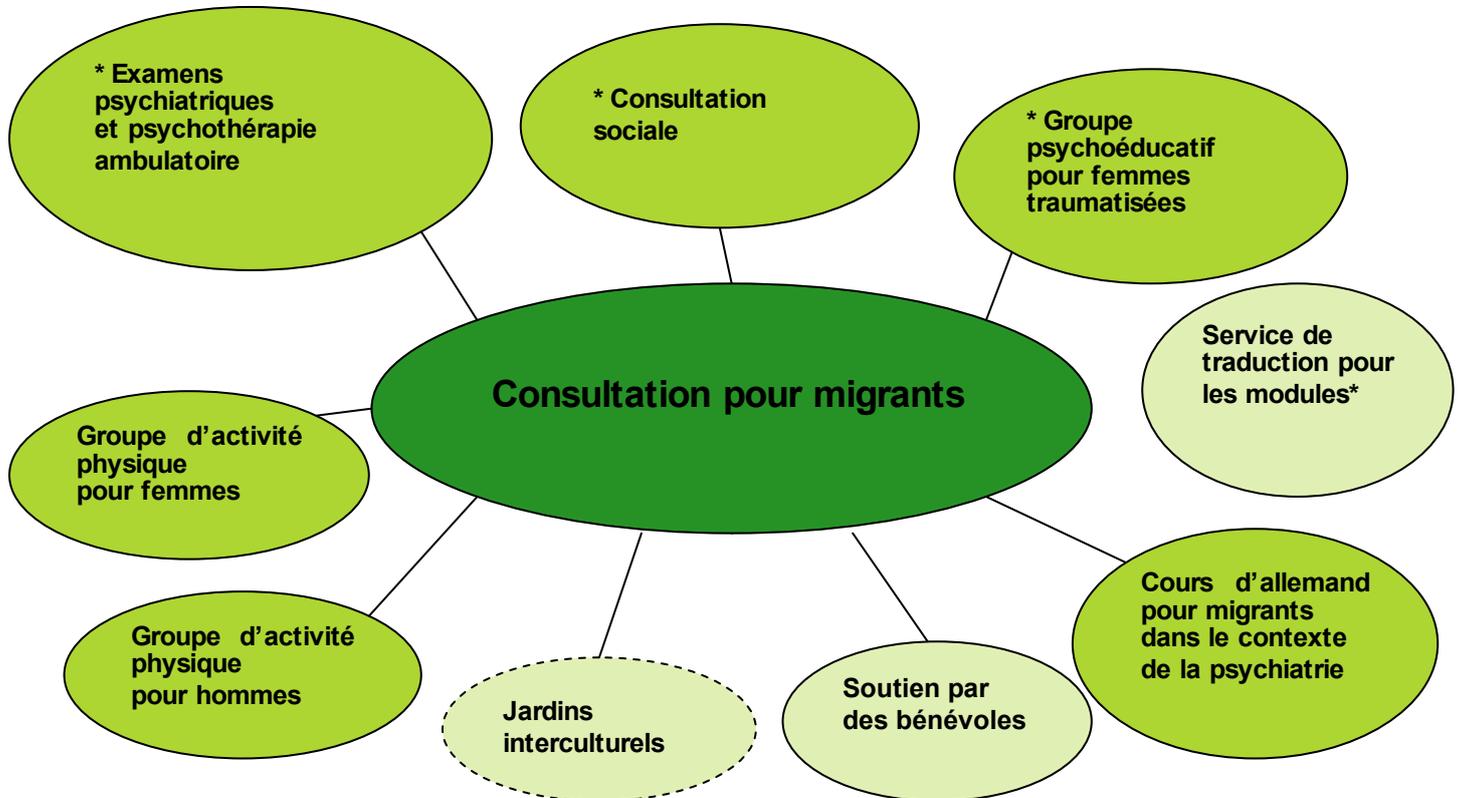
Sources Internet

www.healthhospitals.ch

www.kkf-oca.ch

www.transkulturelle-kompetenz.ch

6 Annexe : Représentation graphique du concept de traitement multimodal de la Consultation pour migrants



Représentation graphique du concept de traitement multimodal de la Consultation pour migrants des SPU de Berne (en vert clair, les modules qui se déroulent en externe de même que le service de traduction, qui ne constitue pas un module à part entière)

* Les modules suivants recourent au service de traduction : examens psychiatriques et psychothérapie ambulatoire, consultation sociale, groupe psychoéducatif pour femmes traumatisées.

Plusieurs études montrent que l'offre thérapeutique destinée aux patients étrangers dans le domaine psychiatrique ambulatoire est insuffisante en comparaison de l'offre à la disposition des patients suisses. La plupart du temps, les migrants s'adressent aux médecins somatiques et ne sont envoyés que bien plus tard chez les psychiatres, lorsque les troubles psychiques sont déjà devenus chroniques. Il en résulte des coûts élevés pour le système de santé et des possibilités de traitement plus limitées.

Afin de permettre aux migrants souffrants de troubles psychiques l'égalité des chances d'accéder au système de santé, il est nécessaire de développer un plus grand nombre d'offres psychothérapeutiques et psychiatriques spécifiques à la migration en Suisse.

La Consultation pour migrants des Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU) propose un concept de traitement ambulatoire, multimodal et à bas seuil destiné aux migrants atteints d'un trouble psychique, en particulier aux requérants d'asile et aux migrants ayant subi un traumatisme. Différents modules permettent de traiter les patients en misant sur plusieurs approches. Le recours à des traducteurs qualifiés permet la compréhension mutuelle. Les offres de thérapie de groupe, en particulier, sont un moyen d'aider de nombreux patients tout en économisant des ressources et des coûts.

Le présent manuel donne un aperçu d'un concept de traitement éprouvé et appelle à faire école.

Impressum

© Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU)
et Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Editeurs :
Coopération de Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU)
et de Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Date de publication:
Avril 2012

Auteurs:
Laura Nosetti & Anja Jossen
Traduction de l'allemand par: Lionel Felchlin

Layout:
Silversign GmbH, visuelle Kommunikation, Berne

Source d'approvisionnement :
Sprechstunde für MigrantInnen, Murtenstrasse 21, 3010 Berne

Publication également disponible en allemand