

« L'INVENTION » DE L'IMMIGRÉ. LA PSYCHIATRIE BELGE FACE À LA MIGRATION MAGHRÉBINE DANS LES ANNÉES 1960 ET 1970

Benoît Majerus et Julie Richel

La Découverte | *Le Mouvement Social*

2013/1 - n° 242
pages 31 à 44

ISSN 0027-2671

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-le-mouvement-social-2013-1-page-31.htm>

Pour citer cet article :

Majerus Benoît et Richel Julie, « « L'invention » de l'immigré. La psychiatrie belge face à la migration maghrébine dans les années 1960 et 1970 »,
Le Mouvement Social, 2013/1 n° 242, p. 31-44. DOI : 10.3917/lms.242.0031

Distribution électronique Cairn.info pour La Découverte.

© La Découverte. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

« L'invention » de l'immigré. La psychiatrie belge face à la migration maghrébine dans les années 1960 et 1970

par Benoît MAJERUS* et Julie RICHEL**

Le 23 mai 1974, Malika K. est internée à l'Institut de psychiatrie de l'hôpital Brugmann à Bruxelles¹. Née en 1939 à Beni Said au Maroc, Malika K. habite à Molenbeek, une commune bruxelloise profondément marquée par l'immigration marocaine. Le médecin qui l'accueille aux urgences fait l'observation suivante : « Délire maniaque aigu »². La patiente a déjà fait un séjour psychiatrique de trois mois dans un autre asile en Belgique. Son dossier médical reste assez discret sur les quarante-trois jours de son séjour hospitalier, mis à part les résultats de quelques tests physiques et sa médication. Dès le premier jour, la patiente se voit administrer à trois reprises de l'haldol, un neuroleptique puissant, ainsi que du dominal et de l'amytal le soir, deux tranquillisants destinés à lui assurer, ainsi qu'au personnel, une nuit calme. Cette prescription restera inchangée jusqu'à la fin de son séjour. Dans la fiche d'entrée, pré-formatée, la catégorie « diagnostics psychiatriques – codes » ne contient cependant pas le numéro 296 qui, dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), correspond au délire maniaque, mais le mot « inclassable ». Les notes du médecin interne en donnent l'explication : « Anamnèse : impossible parce que le patient ne veut répondre à aucune question »³. Ce « non-vouloir » se retrouve à plusieurs reprises dans le dossier de Malika K. Cette femme refuse-t-elle son internement dans un hôpital psychiatrique ? Son délire est-il de nature chronique, ce qui rendrait difficile la communication ? Malika K., qui n'habite que depuis deux ans en Belgique, comprend-elle le français ? Ou a-t-elle des difficultés à comprendre un médecin qui parle français mais dont la langue maternelle est le néerlandais ? La minceur du dossier s'explique probablement aussi par la « solution » administrative rapidement trouvée : sa famille décide en effet de l'envoyer au Maroc où elle sera prise en charge par des parents. Malika K. n'est pas pour autant guérie, mais à partir du moment où son retour au Maroc est décidé, elle ne semble plus être un cas médical ni pour le personnel soignant, ni pour les

* Enseignant-chercheur en histoire à l'université du Luxembourg.

** Titulaire d'un master en histoire contemporaine et d'un master en gestion culturelle.

1. Les auteurs tiennent à remercier Bruno Benvindo, Alain Colignon, Pieter Lagrou, Mazyar Khoojinian, ainsi que les relecteurs anonymes de la revue pour leurs commentaires sur des versions antérieures de ce texte.

2. « *Acute maniake delirium* ».

3. « *Onderveraging: niet mogelijk wegens het feit dat de patient geen vragen wil antwoorden* ». Hôpital Brugmann, Institut de psychiatrie (HBIP), nouvelle série (NS), n° 15864. Tous les noms des patients ont été anonymisés. Une première version de ce texte a été présentée au 28. Stuttgarter Fortbildungsseminar – Migration in der Geschichte der Medizin (15 au 16 avril 2009). Ces pages s'inscrivent dans un projet plus large sur une histoire par le bas de la psychiatrie européenne au XX^e siècle à travers les dossiers de patients de trois hôpitaux psychiatriques, un à Berlin, un à Bruxelles et un à Paris. Voir B. MAJERUS, "Revisiting psychiatry in twentieth-century Europe," *European Review of History*, vol. 15, n° 1, février 2008, p. 55-67.

médecins : la documentation concernant la patiente devient quasi nulle. À l'exception du résultat des nombreux tests physiques (sang, urines, radio du thorax...), la seule observation dans le dossier concerne la nourriture qui lui est servie. Après deux semaines, l'infirmière ne remplit plus la case du régime avec l'acronyme « r[égime] o[r]dinaire », mais note « r. musulman ». Pour Malika K., l'Institut de psychiatrie est devenu une « garderie » jusqu'à son départ pour le Maroc.

Cette femme appartient à une minorité immigrée qui connaît une croissance importante en Belgique à partir de la fin des années 1960. Après la Seconde Guerre mondiale, la Belgique est confrontée à un manque criant de bras. Le gouvernement belge décide de résoudre ce problème dans le cadre d'une immigration « réglée ». Plusieurs conventions sont d'abord signées avec des pays jugés culturellement et géographiquement « proches » comme l'Italie (1946), l'Espagne (1956) et la Grèce (1957). Au début des années 1960, il devient néanmoins évident que les flux migratoires en provenance de ces pays resteront insuffisants ; la Belgique se tourne alors vers des pays plus lointains : en 1964, une convention est signée avec le Maroc et la Turquie, puis avec la Tunisie en 1969 et l'Algérie en 1970⁴.

Tableau 1. Évolution de la population nord-africaine et turque en Belgique (1961-1970)⁵

	1961 : total (femmes/hommes)	1970
Algérie	202 (41/161)	6 621 (2 345/4 276)
Maroc	461 (138/323)	39 294 (14 969/24 325)
Tunisie	204 (29/175)	4 587 (1 493/3 194)
Turquie	320 (133/187)	20 312 (8 416/11 896)
Total	1187 (341/846)	68 428 (26 187/42 241)

Les étrangers sont depuis longtemps stigmatisés et suspectés de propager de nouvelles maladies. Au-delà de celles, spécifiques, rencontrées dans les différents pays d'émigration, ce sont surtout la tuberculose et les maladies vénériennes qui, dans la Belgique du début des années 1970, sont considérées comme typiques des immigrés⁶. Toutefois, sous l'influence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé n'est plus exclusivement définie à travers des critères physiques et les éléments psychiques sont de plus en plus pris en compte. Ainsi, le traité de l'OMS du 22 juillet 1946 proclame que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Dans le monde occidental se pose dès lors la question de savoir si les immigrés souffrent de maladies mentales particulières et/ou s'ils sont particulièrement touchés par celles-ci ; et l'Europe des années 1960 et 1970 voit naître une

4. R. ATTAR, « Histoire de l'immigration maghrébine en Belgique », in A. MORELLI (dir.), *Histoire des étrangers et de l'immigration en Belgique de la préhistoire à nos jours*, Bruxelles, Vie Ouvrière, 1992, p. 290-310, et A. FRENNET-DE KEYSER, « L'immigration marocaine en Belgique », in A. MORELLI (dir.), *Histoire des étrangers et de l'immigration de la préhistoire à nos jours*, Bruxelles, Couleur livres, 2004, p. 329-354.

5. *Recensement de la population au 31 décembre 1970*, Bruxelles, Institut National de Statistique, 1974.

6. D. HEYNE, « Syphilis in België – Jaar 1967, » *Archives belges de médecine sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, vol. 26, n° 9-10, novembre 1968, p. 632-646.

discussion qui ne se limite pas aux champs classiques de la médecine des migrants mais intègre également le domaine psychique.

La définition discursive d'une problématique jugée nouvelle – les problèmes psychiatriques des immigrés – sera abordée à partir du cas belge, lequel ne doit cependant masquer un débat qui devient alors transnational. À côté de l'OMS, d'autres institutions internationales abordent en effet le sujet, que ce soit l'Organisation internationale du travail ou le Conseil de l'Europe. La thématique devient l'objet de plusieurs colloques : ainsi l'International Committee on Occupational Health organise-t-il en 1971 son septième congrès à Louvain sur le thème de la santé psychique des ouvriers immigrés⁷. Un espace de communication transnational se met en place. Dans les pays limitrophes de la Belgique, des discussions similaires ont lieu au niveau national⁸, avec des chronologies et des thématiques différentes. Dans un deuxième temps, le regard se déplacera de cette échelle, nationale et discursive, vers un niveau plus local centré sur la pratique psychiatrique en milieu hospitalier.

L'article entend donc montrer comment la psychiatrie belge participe à l'érection de la migration maghrébine comme « problème public »⁹, dans la lignée d'un article programmatique plaçant pour une attention spécifique portée à la construction de sens appliquée aux migrations et aux acteurs qui participent à la fabrication de ces discours. Il s'agit d'« interroger [...] les pratiques de ceux qui [...] forgent les catégories et contribuent toujours ainsi à la construction sociale d'un "problème de l'immigration" »¹⁰. La psychiatrie est un acteur nouveau dans ce champ et les années 1960 voient le débat social sur l'immigration entrer d'une manière visible dans l'asile, tandis que l'expertise psychiatrique commence de son côté à alimenter la scène publique.

La mise en mots d'une problématique

Dès l'entre-deux-guerres, sociologues et médecins tendent à appréhender le migrant comme objet d'étude. Les aspects psychiques n'y occupent cependant qu'une place secondaire. Dans les années 1960, cette situation change fondamentalement. Lorsque l'Institut de sociologie de l'Université libre de Bruxelles organise en 1967 un colloque sur « Santé et immigration », les sujets centraux demeurent le logement, la médecine du travail, les maladies vénériennes et la tuberculose, sujets classiques de l'expertise sur la migration ; mais, contrairement à des manifestations antérieures

7. P. VERHAEGEN (dir.), *Mental health in foreign workers. Proceeding of the 7th annual meeting of the International Committee on Occupational Mental Health (Louvain, Belgium, 18-20 August 1971)*, Louvain, Acco, 1972.

8. Exemples pour l'Allemagne : M. VON CRANACH, "Psychiatric disorders among foreign workers in the Federal Republic of Germany", in A. BOROFFKA et W. M. PFEIFFER (dir.), *Fragen der transkulturellen Psychiatrie in Europa*, Münster, Westfälische Wilhelms-Universität, 1976. Pour la France, voir G. DAUMÉZON, G. LANIERI-LAURA et A. ESPINAS, « Entrées à l'admission de Sainte-Anne de sujets nés loin du territoire métropolitain de 1945 à 1960 », *Annales médico-psychologiques*, n° 119, 1961, p. 753-755.

9. J. GUSFIELD, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica, 2009.

10. C. HMED et S. LAURENS, « Un travail collectif sur la fabrique des catégories et l'invention de l'immigration », *Agone*, n° 40, septembre 2008, p. 2.

similaires, les organisateurs font également appel à un psychiatre, Jean Dierkens¹¹, pour parler des problèmes psychologiques de « l'intégration ». La recherche sur le sujet est encore peu développée et la contribution de Jean Dierkens se limite essentiellement à la discussion de la littérature existante, principalement anglo-saxonne. Sa présentation, en deux parties, s'élève d'abord contre l'opinion dominante de l'époque : alors que le migrant est régulièrement présenté comme mentalement malade du fait de sa propension à vouloir migrer, Dierkens s'oppose à cette interprétation qui part d'une personnalité « prémigratoire » caractérisée par un déséquilibre mental. Dans un second temps, il souligne les causalités socio-économiques susceptibles d'expliquer la plupart de ces migrations. Selon lui, la part des malades mentaux parmi les immigrants n'est pas plus importante que dans la société d'accueil. La naissance des problèmes psychiques chez les migrants serait essentiellement due aux conditions auxquelles ils sont confrontés dans les sociétés d'accueil : statut administratif, vie en ghetto et problèmes culturels, autant d'éléments qui produiraient des signes cliniques spécifiques. « Tout prépare donc à la création de cette personnalité régressée, immobile, passive, de plus en plus coupée des relations avec le milieu extérieur et repliée loin de la réalisation de l'idéal migratoire »¹².

Dans son argumentaire, Dierkens se réfère à plusieurs reprises à la situation de la population juive après la Seconde Guerre mondiale, fait sans nul doute lié à la biographie du psychiatre qui travaille alors en tant qu'expert et thérapeute au sein de l'Aide aux israélites victimes de la guerre – Service social juif (AIVG-SSJ). Mais il ne s'agit pas là seulement d'une particularité biographique : le lien entre la persécution des juifs et les migrations de l'après-guerre est également établi à plusieurs reprises dans la discussion internationale. Ainsi l'American Joint Distribution Committee organise-t-il en 1966, en collaboration avec l'OMS, un colloque sur *Migration, Mental Health and Community Services*. Deux éléments y sont importants pour notre propos. D'une part, les décennies 1950 et 1960 sont décrites comme caractérisées par des changements importants dans l'organisation de la société (industrialisation, urbanisation, mobilité sociale et géographique), le sort des communautés juives en étant un exemple extrême. D'autre part, pour répondre aux problèmes de la communauté juive, il n'est plus question de « *proceed much further with traditional psychiatric, socio-medical, and social work techniques. We have been stimulated to introduce the newer and for us more appropriate rehabilitation methods suggested by social psychiatry* »¹³. La conférence s'engage donc dans un plaidoyer pour faire sortir la psychiatrie de l'asile. La santé mentale ne doit pas être considérée comme étant « *the responsibility of psychiatry only, but of the whole community, including social*

11. Né en 1930, Jean Dierkens fait ses études de médecine à l'Université libre de Bruxelles. Neuropsychiatre (1955) et psychanalyste (1959), il travaille d'abord à l'Institut de psychiatrie (Bruxelles) avant de devenir professeur de psychologie à l'Université de Mons-Hainaut.

12. J. DIERKENS, « Les problèmes psychologiques posés par l'intégration des migrants », in COLL., *Conditions de vie et santé des migrants et de leurs familles*, Bruxelles, Éditions de l'Institut de Sociologie, 1969, p. 97.

13. A. GONIK, "The Geneva Conference," in H. P. DAVID (dir.), *Migration, mental health and community services: proceedings of a Conference convened by the American Joint Distribution Committee*, Geneva, American Joint Distribution Committee, 1968, p. 3.

welfare and educational services »¹⁴. Invité en tant que collaborateur de l'AIVG-SSJ, Dierkens y présente deux contributions sur la psychiatrie sociale en Belgique¹⁵.

Les rares psychiatres belges qui s'expriment publiquement dans les années suivantes au sujet de la santé mentale des migrants suivent largement l'interprétation de Jean Dierkens : les immigrants ne sont pas encore malades lorsqu'ils quittent leur pays d'origine, mais le deviennent du fait de leurs conditions de vie dans les pays d'accueil. Certes des nuances existent. Le psychiatre Adel Chawaf, médecin syrien pratiquant en Belgique, lie sa lecture psychanalytique à une critique prononcée du système capitaliste : le pays d'accueil remplit le rôle d'une mère entraînant la schizophrénie¹⁶ et la psychiatrie est une science bourgeoise qui facilite l'exploitation de l'ouvrier immigré¹⁷. Pendant longtemps, Chawaf reste le seul psychiatre de Belgique s'intéressant spécifiquement à la population nord-africaine. Marie Pasquale, psychiatre travaillant dans le bassin industriel liégeois, se concentre plus spécifiquement sur la deuxième génération issue de l'immigration. Elle souligne que ces enfants ne présentent pas de profil pathologique particulier : « La pathologie de leurs enfants n'est pas différente de celle des enfants belges »¹⁸. La psychiatrie belge montre ensuite un intérêt croissant pour cette seconde génération ; en 1979, un colloque est consacré à la question¹⁹. La question de l'intégration devient dès lors plus centrale dans les débats. Pour la première génération d'immigrés, beaucoup d'experts partent de l'hypothèse d'un retour probable. Sur le plan du travail comme du logement, cette population vit souvent séparée de la société d'accueil, ce qui rend superflue la question de « l'intégration ». Les enfants et les adolescents sont eux davantage en relation avec des personnes de leur âge et avec des institutions (école, etc.) ; leur présence est donc plus rapidement considérée comme problématique. Les regroupements familiaux, qui s'effectuent surtout à partir de la seconde moitié des années 1970, renforcent la perception d'un changement important.

Le discours du monde médical reste néanmoins enfermé dans un certain paradoxe. Ceux qui interviennent sur cette thématique s'opposent en effet à l'idée d'une pathologie « prémigratoire » et soulignent l'importance des explications socio-économiques. Le Comité socio-médical pour la santé des immigrants, créé en 1977 et auquel participent également des psychiatres, affirme que « les immigrants ne représentent pas une catégorie d'individus qui auraient besoin de structures tout à fait à part. Les Belges des milieux défavorisés ont des problèmes similaires »²⁰. Dans le même temps, tous affirment l'existence de signes cliniques spécifiques chez les migrants, et tous éprouvent également des difficultés à les dépeindre d'une

14. *Ibid.*

15. J. DIERKENS, "The Centre Medico-Psychologique of Brussels and Antwerp", *ibid.*, p. 112-121, et *id.*, "Integrating Psychiatric and Social Services", *ibid.*, p. 158-164.

16. Sur l'histoire de la théorie selon laquelle les structures familiales et plus particulièrement le rôle de la mère conduisent à la schizophrénie chez les enfants, voir E. SHORTER, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997, p. 177.

17. A. CHAWAF, « Le syndrome de désadaptation, son mécanisme psycho-social dans la migration », in COLL., *Santé mentale des migrants – Geestelijke gezondheid van migranten, 15-16-17 avril 1975*, Bruxelles, Fondation Julie Renson, Ligue nationale belge d'hygiène mentale, 1976, p. 61-70.

18. M. PASQUALE, « Réflexions sur une population de familles immigrées, consultant un service de pédopsychiatrie », *ibid.*, p. 121.

19. « Intégration des enfants et adolescents d'immigrés », *Mosaïque*, n° 37, 1979.

20. P. JAMIL, « De la visite de 40 familles », *Santé - Immigrés*, n° 1, juin 1978, p. 20.

manière précise. La grande mobilité géographique des immigrés et les problèmes de communication souvent liés à des raisons linguistiques contribuent à rendre cette population d'un accès difficile. En 1976, Denise Mermoux²¹ en tire les enseignements suivants :

Ce qui caractérise la psychopathologie de la migration, n'est-ce pas, outre sa complexité, une dynamique accélérée ? Et si la méthodologie de la psychopathologie est encore balbutiante, n'a-t-elle pas à son actif le mérite de tenir et de rendre compte de cette dynamique ? Passant du descriptif à l'explicatif, du syndrome au diachrone, elle relativise et, parfois, volatilise les grilles trop statiques, encore qu'utiles... et rassurantes, de la nosographie et de l'épidémiologie classiques. La meilleure façon de saisir une dynamique, c'est de se laisser saisir par elle²².

Pour la plupart des psychiatres, un lien très étroit existe entre les problèmes psychiques et leur expression à travers le corps. Chawaf s'y montre particulièrement attentif :

In regressing the body is important in relating with others, and in detecting the fear of the present and the anxiety of the future. The worker feels himself accepted not for what he is, but for what he produces and this acceptance makes the body important; it has a narcissistic and libidinal significance and now becomes the communicative centre of the 'ego' and like a mirror reflects every relational difficulty and affective frustration²³.

Certains diagnostics reviennent régulièrement dans les textes : hypochondrie, maladies psychosomatiques, dépression, paranoïa. L'origine de ces pathologies se trouve, d'après les psychiatres, dans les problèmes d'adaptation, le choix difficile entre deux cultures, l'isolement social, une existence complexifiée par une société de consommation inaccessible en raison de l'obligation d'envoyer le plus d'argent possible à la famille restée au pays d'origine.

La « découverte » de l'immigré se développe en outre à un moment où la psychiatrie belge est confrontée à un double changement. Les chronologies varient d'un pays à l'autre mais se caractérisent par deux grands traits : une extension des espaces dans lesquels la psychiatrie intervient et un ébranlement de sa légitimité²⁴. Sa sortie de l'asile la conduit dans des espaces où elle était auparavant absente. Ses domaines d'intervention ne se limitent définitivement plus aux populations qui se trouvent à l'intérieur des asiles ; d'une certaine manière, son pouvoir s'accroît. En même temps son monopole d'interprétation, qui n'était guère mis en question dans les asiles, ne va pas de soi à l'extérieur. Trois numéros spéciaux de la revue de psychiatrie sociale *Mosaïque* illustrent cette dilution de la légitimité psychiatrique : publiés entre 1976 et 1978, ils donnent la parole à des psychiatres, mais aussi à des psychologues et à des sociologues, à des assistantes sociales et à des infirmières. En ce

21. Denise Mermoux a travaillé entre 1971 et 1975 à Paris avec le psychiatre De Almeida au Comité médical et médico-social d'aide aux migrants.

22. D. MERMOUX, « Le groupe "santé mentale" du comité médical et médico-social d'aide aux migrants », *Mosaïque*, n° 27, 1976, p. 24.

23. A. CHAWAF, "Adaptation and mental pathology of North-African workers in Belgium," in COLL., *Mental health in foreign workers. Proceeding of the 7th annual meeting of the International Committee on Occupational Mental Health (Leuven, Belgium 18-20 August 1971)*, Louvain, P. Verhaegen, 1972, p. 65.

24. B. MAJERUS, "Een fragmentarische geschiedenis van de Belgische psychiatrie (19de - 20ste eeuw)", *Geschiedenis der geneeskunde*, 2010, vol. 14, n° 2, p. 89-94.

sens, immigration et santé mentale vont de pair avec une transformation plus large de la psychiatrie dans la seconde moitié du XX^e siècle²⁵.

Cette analyse du discours psychiatrique doit néanmoins être interrogée à deux niveaux. On peut en effet estimer que celui-ci est doublement marginalisé. En premier lieu, parce que la littérature consacrée à cette problématique reste plutôt rare, aussi bien en médecine qu'en psychiatrie : la revue psychiatrique belge n'y consacre que trois articles entre 1950 et 1980²⁶. En outre, les psychiatres qui écrivent sur le sujet, qu'il s'agisse de personnalités comme Dierkens ou Chawaf ou de la revue *Mosaïque*, se trouvent plutôt aux marges du champ psychiatrique belge.

Malgré ces deux bémols, un début d'institutionnalisation s'observe à partir de la seconde moitié de la décennie 1970. Cette tendance reste limitée et s'ancre moins dans les structures hospitalières classiques que dans des institutions qui tentent de trouver des formes extrahospitalières pour gérer la folie. La Gerbe, structure inspirée d'une pratique antipsychiatrique formulée entre autres par le réseau « Alternative à la psychiatrie » (Robert Castel, Franco Basaglia...) ²⁷, s'implante ainsi dans un quartier réunissant « principalement une forte densité d'immigrés (marocains, turcs, albanais, yougoslaves, espagnols et autres), une population belge âgée et de nombreux sous-prolétaires et/ou marginaux » ²⁸. D'autres initiatives se focalisent plus spécifiquement sur les immigrés. Le Comité socio-médical pour la santé des immigrés publie ainsi une revue *Santé-Immigrés* dans laquelle la santé mentale des immigrés occupe une place centrale ; il engage aussi, dès 1977, quelques interprètes pour intervenir sporadiquement dans les hôpitaux. Au même moment, le psychiatre Chawaf et l'assistante sociale Anne-Marie Danneau créent un centre de santé mentale spécifiquement destiné aux immigrés ²⁹.

La pratique psychiatrique à l'Institut

La population de la capitale belge présentant une proportion d'étrangers particulièrement élevée, il n'est guère étonnant que ceux-ci aient été nombreux parmi les patients de l'Institut de psychiatrie. Cette institution de 120 lits remplit deux fonctions : d'une part, rattachée à l'Université libre de Bruxelles, elle est un hôpital

25. M. GIJSWIJT-HOFSTRA, H. OOSTERHUIS et H. FREEMAN, *Psychiatric Cultures Compared: Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century. Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005.

26. J. MÉLON et M. TIMSIT, « Étude statistique sur la psychopathologie des immigrés », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1971, n° 2, p. 98-120 ; J. MÉLON et R. HOUET, « La prévention des maladies mentales chez les enfants immigrés », *ibid.*, 1972, n° 4, p. 489-495 ; M. DE BARROS-FERREIRA, « Hystérie et fait psychosomatique chez l'immigrant portugais », *ibid.*, 1976, n° 4, p. 551-578. Au niveau international, ni la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, ni la quatrième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de l'association des psychiatres américains, ne disposent d'entrée spécifique pour des maladies liées directement à la migration. Voir R. RECHTMAN, « De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries », *Hommes & Migrations*, n° 1225, mai-juin 2000, p. 46-61.

27. Voir : É. GARDELLA et J. SOULOUMIAC, « Entretien avec Robert Castel », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° 6, 2004, mis en ligne le 22 janvier 2009, URL : <http://traces.revues.org/3043> ; M. COLUCCI, P. DI VITTORIO, *Franco Basaglia : portrait d'un psychiatre intempêtif*, Paris, Érès, 2005.

28. J. DUHAMEL, « À Schaerbeek, une expérience d'animation communautaire », in M. ELKAÏM, *Réseau Alternative à la psychiatrie : collectif international*, Paris, Union générale d'éditions, 1977, p. 211-232.

29. Interview de Adel Chawaf réalisée par Julie Richel le 3 avril 2008.

universitaire ; d'autre part, elle travaille sous tutelle des centres d'assistance publique communaux et accueille donc des patients essentiellement issus de couches socio-professionnelles défavorisées, auxquelles appartient la grande majorité de la population immigrée³⁰.

Tableau 2. Part des patients étrangers à l'Institut³¹

	1931-1939	1940-1959	1950-1959	1960-1969	1970-1979
Part des étrangers	8 %	5 %	2 %	5 %	14 %
Dont Maghrébins et Turcs	0 %	0 %	0 %	9 %	24 %

À partir des années 1960, l'Institut connaît une croissance régulière du nombre de patients étrangers, notamment venus du Maghreb – particulièrement du Maroc – et de la Turquie. Malika K., présentée au début de cet article, est l'une de ces femmes qui rejoignent leurs maris venus auparavant, à partir de 1964. Ces patients se distinguent des Belges à plusieurs titres. Ils sont beaucoup plus jeunes : 29 ans au lieu de 42 pour la moyenne de l'ensemble des patients, différence guère étonnante si l'on tient compte de la composition sociologique de cette population immigrée. La différence très importante quant à la durée de séjour – 42 jours en moyenne, 13 seulement pour les immigrés³² – appelle d'autres éléments d'explication. Les études contemporaines relevaient déjà une moindre « consommation psychiatrique » mais se bornaient à la constater³³. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette sortie rapide. Le travail psychothérapeutique, l'un des principaux outils thérapeutiques des années 1960 et 1970, nécessite souvent un séjour long et n'est donc guère utilisé pour ces patients en raison des barrières linguistiques. Par ailleurs, les immigrés s'inscrivent plus que les autres patients dans un réseau familial qui leur permet une sortie une fois passée la phase aiguë. La plupart des futurs patients immigrés sont ainsi conduits à l'hôpital par un membre de la famille, alors que pour les autres patients la police est le premier pourvoyeur ; et si, entre 1960 et 1979, 39 % des patients sont accueillis à leur sortie par leur famille, ce pourcentage s'élève à 57 % pour les immigrés. Cela montre l'importance des réseaux familiaux chez les immigrés, réalité régulièrement mise en avant par les études sur le sujet³⁴.

30. Malheureusement, les dossiers de patients ne permettent pas des analyses socio-professionnelles plus détaillées, la case « profession » n'étant pas remplie de façon régulière.

31. Les chiffres proviennent d'une banque de données qui reposent sur un échantillon (un dossier sur quinze) des 35 000 dossiers de patients conservés à l'Institut. Cette banque de données a été construite avec les étudiants de deuxième cycle du séminaire d'histoire 2007-2008 et 2008-2009 de l'Université libre de Bruxelles. Dans les dossiers médicaux, la nationalité du patient n'est pas indiquée systématiquement. Lorsque cette information manquait, le patient a été considéré comme belge.

32. En général, la moyenne de séjour à l'Institut est relativement courte. Si le patient est jugé « non guérissable », il est envoyé dans un asile en province. Le règlement de l'Institut prévoit que la durée ne peut pas dépasser deux mois, règle qui connaît de nombreuses exceptions mais témoigne néanmoins d'une orientation générale.

33. A. BASTENIER et F. DASSETTO, *Immigrés et santé. Aspects particuliers de la pathologie dans le milieu migratoire*, Louvain-la-Neuve, GREM, 1982, p. 38-89.

34. N. OUALI, *Trajectoires et dynamiques migratoires des Marocains de Belgique*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2004.

Quant au diagnostic, aucune spécificité ne se dégage à première vue ; en revanche, l'impossibilité d'établir un diagnostic est régulièrement formulée par les médecins, et des appréciations comme celle qu'on retrouve dans le dossier de Malika K. – « diagnostic psychiatrique : inclassable » – sont fréquentes. Un des principaux problèmes auxquels sont confrontés beaucoup d'immigrés est en effet la difficulté voire l'impossibilité de communiquer avec un monde médical et de soins francophone. Contrairement au discours psychiatrique où, comme nous l'avons vu, les mêmes noms reviennent régulièrement au sujet de l'immigration, l'Institut n'a pas de spécialisation particulière. Parfois des médecins issus eux-mêmes de l'immigration sont priés d'œuvrer comme interprètes, mais sans reprendre systématiquement les mêmes cas. La langue constitue souvent une barrière difficilement franchissable. Les rares exceptions d'une bonne communication ressortent d'autant mieux que le psychiatre prend alors soin de souligner que le patient « s'exprime très bien en français »³⁵. Cela est bien sûr particulièrement problématique pour le psychiatre. Celui-ci a certes à sa disposition tout un dispositif médico-technique pour appréhender son patient (prise de température, quotidienne à l'Institut ; électroencéphalogramme) mais, malgré ces outils, sa pratique en vue de l'anamnèse repose avant tout sur l'entretien. Dès la première rencontre se manifeste donc une certaine incapacité à venir en aide et à guérir. Parfois l'anamnèse ne se fait pas du tout³⁶, d'autres fois il est fait appel à des médecins ou à des assistantes sociales de l'Institut qui parlent la même langue que les patients, ou encore ce sont des membres de leur famille qui assurent la traduction tout en dévoilant une histoire à moitié non-dite. Dans le cas de Rachida H., jeune femme née en 1954 au Maroc, il faut attendre son troisième séjour à l'hôpital psychiatrique pour que le médecin parvienne à y voir clair par le truchement de sa petite sœur :

Un premier entretien avec le père ne nous apporte guère plus d'éléments : il dit que la patiente [...] vit très repliée sur elle-même mais que rien de grave ne lui est apparu jusqu'à cette nuit où elle a eu des crises de terreur [...]. Enfin, un nouvel entretien avec le père, la mère et une petite sœur servant d'interprète révèle une maladie beaucoup plus grave et de longue date que ce que les parents avaient voulu avouer jusqu'alors³⁷.

Même en l'absence de problème linguistique, les psychiatres expriment régulièrement leur étonnement devant une attitude ressentie comme apathique. Moustapha N., âgé de 22 ans, réside depuis un an en Belgique lorsqu'il est hospitalisé à l'Institut :

Patient de 22 ans venu en Belgique pour travailler il y a un an, mais au chômage depuis début novembre ; à cela s'ajoutent des difficultés financières (n'a pas payé son loyer depuis deux mois et craint d'être mis à la porte de son appartement) et vient d'apprendre coup sur coup deux mauvaises nouvelles : le divorce de son frère et le divorce de ses parents. Ceci lui rappelle la séparation de ses parents quand il avait 13-14 ans [...]. Le contact est actuellement assez mauvais, le patient reste détaché de l'entretien, raconte son histoire de façon impersonnelle³⁸.

35. HBIP, NS, n° 15230, notes médicales, 13 mai 1973.

36. Dans le dossier d'une Marocaine de 35 ans, on peut lire : « *anamnese was niet gedaan wegens taal probleem* » (anamnèse n'a pas été réalisée à cause du problème de la langue), HBIP, NS, n° 15477, rapport d'admission, 22 septembre 1973.

37. HBIP, NS, n° 16211, résumé médical, 3 juillet 1975.

38. HBIP, NS, n° 16181, rapport d'admission, 30 décembre 1974.

Malgré le fait que Moustapha N. raconte, dès cette première anamnèse, des détails très personnels de sa vie, le médecin reste néanmoins insatisfait de l'entretien. Parallèlement à la barrière linguistique, les psychiatres font part du sentiment de barrière culturelle. L'interprète auquel le médecin a parfois recours remplit ainsi souvent une double fonction. Dans le cas de Fatima B, âgée de 19 ans et originaire du Maroc, l'assistante sociale, également d'origine marocaine, fait bien plus qu'assurer une traduction de l'arabe vers le français :

Entretien avec Fatima et une assistante sociale marocaine (comme interprète !) : « Elle aurait fait plusieurs séjours à l'hôpital psychiatrique de Casablanca [...]. Sa belle-famille – algérienne –, spécialement sa belle-mère, serait jalouse d'elle. Selon l'assistante sociale les Algériens et les Marocains du Sud s'entendent difficilement. [...] Vis-à-vis de son mari : dit que son mari veut se débarrasser d'elle, d'où l'hospitalisation [...] ; avoir profité de son premier séjour chez sa mère (six mois après le mariage) pour se remarier sans l'avertir [...]. Selon l'assistante sociale, l'époux marocain ou algérien peut se marier quatre fois »³⁹.

Face à cette double interprétation ressort, par l'emploi du conditionnel, un certain doute chez le psychiatre, doute qu'il lui est cependant difficile de dépasser. La barrière linguistique et culturelle pèse sur la vie du patient à l'hôpital. Les notices des infirmières qui retranscrivent le quotidien des séjours font régulièrement état d'un certain isolement dans les salles, à ce moment-là encore communes, en raison de la difficulté de communiquer avec les autres patients. Dans le travail psychiatrique, l'argumentation culturaliste demeure prépondérante. La caractérisation des structures familiales étrangères fournit un des exemples permettant le mieux d'illustrer la centralité de cette problématique. L'image dominante ancrée chez les psychiatres est celle d'une hiérarchie patriarcale régissant ces familles. Muria M. est hospitalisée en juillet 1972 pour « hystérie ». Les problèmes de Muria semblent être liés à un mariage arrangé avec un Marocain. Pour le psychiatre, le père représente d'abord le patriarche typique. Ce n'est qu'après plusieurs entretiens que cette opinion est révisée : « le père a l'air ouvert, pas tyrannique et têtu comme on aurait pu le craindre »⁴⁰. Les époux font l'objet de stéréotypes similaires. La retranscription d'un premier entretien avec le mari de Maria M., Marocaine de 22 ans, témoigne de cette vision.

Très typiquement « mari marocain » tel que je les connais par mes contacts professionnels [...], c'est-à-dire tyran domestique maintenant la femme dans un rôle subalterne et méprisable, d'une jalousie morbide et d'un rigorisme obsessionnel. Je l'imagine très bien soumettant sa femme à des interrogatoires interminables sur son emploi du temps, ses fréquentations⁴¹.

Au cours du séjour de Maria M., qui se retrouve à l'Institut en raison de plusieurs tentatives de suicide, le psychiatre doit réviser son jugement. Après une discussion avec un prêtre-ouvrier, il s'avère que ce mari « typiquement marocain » se voit reprocher par le reste de la communauté marocaine un certain laxisme : sa femme jouirait de trop de liberté, cela attirerait sur elle des remarques dévalorisantes qui seraient à l'origine de ses tentatives de suicide. Dans une notice rédigée à la fin du séjour, le

39. HBIP, NS, n° 15113, rapport médical, avril 1973.

40. HBIP, NS, n° 14205, rapport médical, 20 juillet 1972.

41. HBIP, NS, n° 15900, discussion avec le mari de Maria M., sans date.

psychiatre écrit : « Le couple serait victime du fait d'avoir voulu vivre sur un mode plus européen »⁴².

Les psychiatres de l'Institut semblent conscients de ces difficultés. À plusieurs reprises, les incompréhensions culturelles ou linguistiques entre patients étrangers et médecins belges sont formulées dans les dossiers. En 1976, une psychiatre laisse apparaître les problèmes qu'une confrontation entre deux mondes peuvent provoquer : « Les difficultés linguistiques et la différence de culture impliquent un degré de subjectivité plus élevé dans l'analyse des faits »⁴³. Un autre médecin exprime lui aussi un doute quant à sa propre capacité à comprendre sa patiente : « Probablement le facteur culturel de la femme joue un rôle important dans le manque de communication de la malade, elle est vraiment difficile à contacter »⁴⁴. Rares sont les cas où une certaine distance assumée se lit à travers les lignes. Khayat K., Algérienne de 25 ans, arrive à la fin du mois de décembre 1974 à l'Institut sans qu'un diagnostic très précis ne soit établi. À plusieurs reprises, elle est victime de malaises inexplicables. Au terme de plusieurs entretiens, le médecin conclut à une « hystérique typique, pas de signes de psychose ». À travers l'ensemble du dossier médical transparaît une certaine condescendance du psychiatre à l'égard de cette femme :

Parfaite connaissance du français malgré nationalité algérienne. [...] Trouve normal que son cas extraordinaire fasse l'objet d'un souci et d'un luxe d'investigation très importants [...]. L'intelligence ne semble pas aussi manifeste que la patiente veut bien le dire. Impression nette que le récit est « arrangé » tout au long [...]. Le niveau social semble élevé quoiqu'on puisse suspecter la patiente de l'exagérer⁴⁵.

Khayat K. semble contredire à maints égards l'image de l'immigrante nord-africaine et met le psychiatre en déroute : bonne maîtrise de la langue française, aisance naturelle lors de sa rencontre avec le psychiatre, statut social élevé... Plus encore que les autres patients, dont les mots ne sont que rarement pris au sérieux, les immigrés sont soumis à une double tutelle, comme patients psychiatriques et comme immigrés.

Les motifs d'hospitalisation sont fortement genrés. Chez les hommes, les problèmes sur le lieu de travail occupent la première place. Ils ont souvent perdu leur emploi depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois, et ne parviennent pas à supporter cette nouvelle situation : avec la perte du travail, toute la migration semble vidée de son sens. Taïb B., qui vit depuis quatre ans en Belgique, après un chômage d'un mois, décrit son état comme suit : « je détravaille »⁴⁶. Souvent, la fonction proposée aux immigrés ne correspond pas à leurs attentes. Employés à des travaux pénibles et insalubres, ils développent un sentiment d'infériorité. Par ailleurs, nombre d'entre eux sont originaires de régions rurales et transplantés dans des métiers et des régions industrielles, ce qui leur rend le changement d'autant plus difficile à vivre. Pour de nombreux psychiatres de l'Institut, le retour à la vie professionnelle est souvent considéré comme la meilleure solution à ces problèmes psychiques. Moustapha T. effectue depuis décembre 1974 plusieurs séjours à l'Institut

42. HBIP, NS, n° 15900, rapport médical, 18 juin 1972.

43. HBIP, NS, n° 17130, rapport médical, 23 septembre 1976.

44. HBIP, NS, n° 15334, rapport médical, 21 juin 1973.

45. HBIP, NS, n° 16171, rapport médical, 21 décembre 1974.

46. HBIP, NS, n° 17174, rapport médical, 25 octobre 1976.

à la suite de tentatives de suicide ; si, au début, une certaine compréhension est palpable dans le dossier, le psychiatre avance peu à peu une autre interprétation, selon laquelle Mustapha utiliserait l'hospitalisation pour éviter le travail : « Ne travaillant pas actuellement et ayant tendance à s'installer en salle, mais le remettons en circulation vu l'inexistence d'un danger réel de suicide chez ce patient »⁴⁷.

La position des femmes est lue à travers d'autres cadres d'interprétation. Souvent, celles-ci ne viennent en Belgique que lorsque leur mari a trouvé un travail et un logement ; le temps de séparation a créé un fossé difficile à combler. Beaucoup de femmes ont également des difficultés d'adaptation parce qu'elles sont souvent seules à la maison. Les problèmes linguistiques sont particulièrement fréquents puisque leur vie professionnelle et/ou sociale ne leur facilite pas l'apprentissage, même partiel, du français ou du néerlandais. Ainsi Zhader K., qui se présente en décembre 1966 à une consultation psychiatrique :

Ne parle pas français. Entre août et novembre 1966, le mari est affecté en Belgique à l'Ambassade du Maroc – la femme reste seule à la maison – trois mois de séparation – reste avec son frère, sa marraine, ses enfants, après elle part à la famille de son mari, le mari la retrouve amaigrie à son retour fatigue progressive – surtout matinale, troubles de sommeil⁴⁸.

La description que livre le psychiatre de Zhader K. illustre les problèmes générés par l'isolement. Si nombre de patients immigrés se présentent en se plaignant de maux d'apparence psychosomatique et justifient l'hospitalisation, l'Institut joue également un rôle de gardiennage social, fonction qu'il remplit d'ailleurs aussi pour la population belge⁴⁹. Ce qui est avéré dans le cas de Malika K. l'est également dans celui d'Amri R. : pour ce Tunisien de 25 ans, l'établissement psychiatrique sert de centre de rétention provisoire. En 1974, Amri R. est amené par la police à l'Institut ; le diagnostic qui le décrit comme « délirant, confus, agité » est aussi détaillé que superflu car, dès son arrivée, il est clair que, démuné d'un titre de séjour légal, il sera expulsé quatre jours plus tard⁵⁰. L'utilisation des neuroleptiques pendant ce bref séjour s'explique donc essentiellement par leur côté sédatif.

Le retour au pays est souvent une solution favorisée tant par la famille que par l'équipe médicale. Pour la première, il n'est guère concevable de supporter financièrement les soins que réclamerait un membre de la famille alors qu'il est là pour gagner de l'argent. Quant aux médecins, souvent adeptes d'une approche mettant l'accent sur la culture, ils considèrent le retour comme un moyen de résoudre le problème. Dans le cas d'Abdel M., le psychiatre avance l'argument suivant : « Ce patient est en effet trop déstructuré pour avoir une thérapie plus structurée. Il me semble qu'un séjour prolongé dans son pays d'origine ne peut que lui être salutaire »⁵¹. Mais pour ceux qui sont partis pour des raisons politiques, ce retour peut se révéler redoutable. Mabrouk T., de nationalité algérienne, établit certes un lien direct entre ses problèmes psychiques et son séjour en Belgique, mais le retour au pays ne saurait être la solution : « Les Belges ne se rendent pas compte que les

47. HBIP, NS, n° 16181, rapport médical, 20 janvier 1975.

48. HBIP, NS, n° 8680, rapport médical, 31 décembre 1966.

49. F. RASMONT, « "Malade" ou "victime" : perspective historique des enjeux du vagabond en psychiatrie de 1960 à 1980 », travail de séminaire, Université libre de Bruxelles, 2008.

50. HBIP, NS, n° 15882, rapport d'admission, 1^{er} juin 1974.

51. HBIP, NS, n° 15230, rapport de sortie, 30 septembre 1986.

étrangers sont chez eux pour que la Belgique puisse vivre. La Belgique lui rappelle donc de mauvais souvenirs. Cependant retourner en Algérie lui semble pénible car là il a le souvenir de nombreux morts couchés par terre, suite à la guerre »⁵².

Dans la seconde moitié des années 1970 apparaissent aussi à l'Institut les premiers enfants d'immigrés arrivés à l'adolescence⁵³. Né au Maroc mais scolarisé en Belgique, Abdelkader A. se distingue par une agressivité importante et passe par plusieurs institutions spécialisées avant d'être hospitalisé en psychiatrie à l'âge de 14 ans, sa violence étant jugée impossible à maîtriser. Le conflit est entièrement lu à travers des lunettes culturalistes :

Les parents disent et paraissent attachés aux valeurs de leur culture d'origine (religion, habillement, mœurs...). Ils souhaitent que leurs enfants continuent à vivre en conformité avec leur origine tout en n'excluant pas notre mode de vie. Ils participent à notre société tout en restant profondément marocains. Abdel, à l'égard de ses parents, semble renier ses attaches, il leur a dit : « Je suis Belge, pas Marocain ! »⁵⁴

Or, à plusieurs moments, d'autres éléments du dossier contredisent cette lecture. Ainsi la mère d'Abdelkader est-elle décrite comme une femme ouverte sur le monde dans lequel elle vit : « La jeune madame [...] est très dynamique et paraît assez bien intégrée en Belgique. Elle travaille à l'usine [...]. Elle ne s'habille plus à la marocaine, même pas chez elle »⁵⁵. À aucun moment n'apparaissent au cours de la discussion les arguments habituellement utilisés pour expliquer des comportements analogues chez des adolescents belges, comme les conflits intergénérationnels.

Conclusion

L'intérêt pour les immigrés témoigne d'un phénomène plus général qui caractérise la psychiatrie dans la seconde moitié du XX^e siècle. Pour reprendre le titre d'un des premiers livres à avoir analysé ce changement pour les États-Unis, « de l'asile à la communauté », l'immigré constitue une nouvelle patientèle psychiatrique⁵⁶. De nouvelles populations et de nouveaux lieux sont appréhendés par ce champ médical. Encore peu influent dans la pratique hospitalière des années 1960 et 1970, le discours psychiatrique sur les populations immigrées place très tôt les interventions appropriées en dehors de l'asile. De même, les initiatives s'adressant plus particulièrement aux immigrés se situent dans des structures extra-hospitalières dont les pratiques restent néanmoins encore peu connues.

Dans le cas des immigrés en psychiatrie apparaît une double stigmatisation, comme patients psychiatriques et comme immigrés. La relation entre discours et pratique est paradoxale. Presque tous les psychiatres belges qui publient sur le sujet dans les années 1960 et 1970 soulignent l'importance de la distance culturelle, qui

52. HBIP, NS, n° 15385, notes médicales, 19 juillet 1973.

53. Sur la lente et difficile naissance de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence à Bruxelles durant ces années, voir F. WOLFF, *L'ouverture de la psychiatrie aux enfants. Un entretien avec Nicole Dopchie*, Bruxelles, Psymages, 2007.

54. HBIP, NS, n° 17130, rapport médical, 24 septembre 1976.

55. HBIP, NS, n° 17130, rapport médical, 23 septembre 1974.

56. G. N. GROB, *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America*, Princeton, Princeton University Press 1991.

ne repose pas seulement sur une incompréhension linguistique. Cette interprétation se retrouve également dans les dossiers. En revanche, c'est au niveau explicatif que discours et pratique se distinguent. Les publications soulignent que les pays d'immigration sont souvent à la racine des problèmes et que les problèmes psychiques ne sont pas plus nombreux chez les étrangers que chez les Belges. La pratique psychiatrique de l'Institut ne laisse pas transparaître cette approche sociétale mais se focalise sur le cas individuel. La « culture » sert ainsi de concept-coupoles permettant d'englober et d'articuler plusieurs différences qui restent pour les psychiatres difficiles à appréhender : elle peut servir pour analyser des rôles et des conflits inter-familiaux, pour expliquer les conflits entre pays d'émigration et pays d'immigration et/ou pour exprimer l'incompréhension entre psychiatre et patient. Pour les patients masculins, la solution aux problèmes psychiques est surtout envisagée dans l'optique de la réintégration professionnelle. L'équilibre psychique est alors étroitement lié à l'objectif économique de l'immigration, perçu comme essentiel par les psychiatres, à savoir l'obtention d'un travail. Les patientes sont en revanche essentiellement perçues à la lumière de leurs problèmes relationnels et conjugaux qu'il s'agit de résoudre. Dans une certaine mesure, la psychiatrie reproduit une distribution genrée des fonctions respectives de la femme et de l'homme dans la société.

Cette découverte de l'immigré par la psychiatrie belge se produit dans la seconde moitié du XX^e siècle. Certes, Johannes Hofer avait déjà intitulé *Nostalgie ou mal du pays* sa thèse de doctorat soutenue en 1678 à Bâle, mais le sujet était resté longtemps absent du champ psychiatrique⁵⁷. La médecine définit depuis bien plus longtemps les frontières entre le Nous et l'Autre. Le psychiatre est donc à certains égards un nouveau venu dans un champ plus large d'expertise où il voisine avec le psychologue, le sociologue ou le prêtre-ouvrier. À partir des années 1950, ces acteurs ne semblent plus participer à la « fabrique de la race »⁵⁸ mais (ré)inventent l'Autre au travers d'une approche culturaliste annonçant, à sa manière, l'approche ethnopsychiatrique qui commence à se diffuser dans la seconde moitié des années 1970⁵⁹.

57. W. WEIG, « Migration und seelische Gesundheit », *IMIS-Beiträge*, n° 8, 1998, p. 31-44.

58. E. DORLIN, *La matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, Paris, La Découverte, 2006, p. 191-275. R. KELLER, *Colonial madness: psychiatry in French North Africa*, Chicago, University of Chicago Press, 2007, aborde dans la conclusion de son livre la question de savoir comment une expertise psychiatrique formulée dans un contexte colonial peut être « traduite » en expertise psychiatrique sur des immigrés maghrébins.

59. D. FASSIN, « Les politiques de l'ethnopsychiatrie », *L'Homme*, n° 153, 2000, p. 231-250.