

# La découverte de l'immigration par la psychiatrie belge dans les « Trente Glorieuses »

**Benoît Majerus**

DANS **LA REVUE NOUVELLE** 2023/3 (N° 3), PAGES 33 À 38  
ÉDITIONS **ASSOCIATION LA REVUE NOUVELLE**

ISSN 0035-3809

DOI 10.3917/rn.231.0033

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-nouvelle-2023-3-page-33.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Association la Revue nouvelle.**

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.

# La découverte de l'immigration

par la psychiatrie belge dans les « Trente Glorieuses »

*Benoit Majerus*

Bien que la prise en compte de la santé mentale des migrants soit une problématique encore émergente aujourd'hui, les premières initiatives belges en la matière remontent déjà aux années 1960 et 1970. Cet article décrit ces initiatives qui s'inscrivent à la fois dans le contexte sociopolitique de la Belgique des « Trente Glorieuses » et dans celui d'une remise en question de l'institution de la psychiatrie.

**E**n 1967, l'Institut de Sociologie de l'Université libre de Bruxelles organise un colloque sur « Santé et immigration ». Pendant deux jours, les intervenants composés de médecins, de sociologues et de fonctionnaires travaillant pour des institutions sociales abordent les sujets classiques du couple santé-immigration. La médecine de travail occupe une place importante, ce qui n'est guère étonnant étant donné que l'immigration des années 1960 est surtout une migration de travail. Un papier est consacré aux maladies sexuellement transmissibles : l'auteur s'intéresse moins aux éventuelles conséquences pour les travailleurs étrangers mais s'inquiète pour « les hommes originaires du pays d'accueil » qui seraient touchés par l'endémie vénérienne provoquée par les immigrés<sup>1</sup>. À côté de ces problèmes sociaux discutés depuis plusieurs années,

on retrouve aussi une communication de Jean Dierkens, psychiatre de formation, intitulé « Les problèmes psychologiques posés par l'intégration des migrants », une thématique nouvelle dans ce champ plus large de la santé des migrants en Belgique. Publiée deux ans plus tard dans les actes du colloque, cette intervention est révélatrice d'un double mouvement. Elle témoigne de l'irruption de la psychiatrie dans les politiques publiques autour de la migration, mais également des migrants dans la psychiatrie.

## Migration et psychiatrie en mouvement

Après la Deuxième Guerre mondiale, le

1 | Delmotte A., « Le problème des maladies vénériennes chez les migrants », in *Conditions de vie et santé des migrants et de leurs familles*, Bruxelles, Editions de l'Institut de Sociologie, 1969, p. 61.

développement économique en Belgique pendant les « Trente Glorieuses » est entre autres porté par le travail immigré. Cette migration est encadrée par des conventions que la Belgique signe d'abord avec des pays européens puis africains : l'Italie (1946), l'Espagne (1956) et la Grèce (1957) sont suivies par la Turquie et le Maroc (1964), la Tunisie (1969) et l'Algérie (1970). Sans assister à une croissance linéaire et régulière d'immigrés en Belgique, leur part dans la population devient de plus en plus importante, notamment dans certains centres industriels et dans les grandes villes comme Bruxelles<sup>2</sup>, lieu de travail initial de Jean Dierkens qui avait d'abord été médecin dans l'Institut de psychiatrie à l'hôpital Brugmann avant de devenir professeur de psychologie au Centre Universitaire de l'État de Mons, poste qu'il occupe au moment du colloque précité. Sans disposer de statistiques précises pour la Belgique, on peut supposer que le nombre d'immigrés augmente à l'intérieur d'un régime asilaire belge qui connaît son apogée au milieu des années 1960 avec plus de 27000 lits<sup>3</sup>. À l'Institut de psychiatrie de l'hôpital Brugmann qui constitue à l'époque plutôt une petite institution par rapport aux grandes institutions gérées par les congrégations religieuses, la part des étrangers augmente fortement : de 2 % dans la décennie 1950-1959 à 14 % pour la décennie 1970-1979.<sup>4</sup>

Mais la contribution de Jean Dierkens n'est pas seulement témoin d'une plus grande présence de populations immi-

grées dans les institutions psychiatriques, mais reflète également un changement à l'intérieur du champ psychiatrique, soumis depuis le début des années 1960 à une vague de contestation portée par différents mouvements, internes et externes au monde médical. L'hôpital psychiatrique avec ses murs, souvent situé en dehors des communautés citadines d'où viennent néanmoins la majorité des patients dans une société largement urbanisée, est considéré de plus en plus comme problématique : d'outil pensé comme thérapeutique au XIX<sup>e</sup> siècle, il est de plus en plus décrit comme iatrogène. Ce constat qui touche tout le monde occidental fait apparaître de nouvelles pratiques autour d'une psychiatrie « hors les murs »<sup>5</sup>. En Belgique, cette aspiration est particulièrement forte dans la capitale où plusieurs institutions non asilaires voient le jour, que ce soit le Club Antonin Artaud à Bruxelles en 1962, l'Équipe à Anderlecht en 1964 ou le Gué à Woluwe-Saint-Lambert en 1968. Ces structures psychiatriques extrahospitalières s'ouvrent sur la ville et sur ses populations dont les immigrés.

Cette « découverte » de l'immigré par la psychiatrie belge s'inscrit dans une communauté transnationale. À côté de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), d'autres institutions internationales commencent à s'intéresser à ce sujet, que ce soit l'Organisation internationale du travail (OIT) ou la Communauté Économique Européenne (CEE). Migration et santé mentale deviennent l'objet de plusieurs colloques : l'*International Committee on Occupational Health* organise en 1971 son septième congrès à Louvain sur le thème de la santé psychique des ouvriers immigrés. Trois psychiatres belges y présentent des

2 | Naegels T., *La nouvelle Belgique. Une histoire de l'immigration 1944-1978.*, Tielt, Lannoo, 2021.

3 | Majerus B., « La désinstitutionnalisation psychiatrique. Un phénomène introuvable en Belgique dans les années 1960 et 1970? », in Guillemain H., Klein A. et Thifault M.-C. (dir.), *Fin de l'asile ? histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX<sup>e</sup> siècle*, Rennes, PUR, 2018, p. 146.

4 | Majerus B. et Richel J., « "L'invention" de l'immigré. La psychiatrie belge face à la migration maghrébine dans les années 1960 et 1970 », *Le Mouvement Social*, 1 février 2013, vol. 242, p. 38.

5 | Vermeylen J. & Schouters-Decroly L. (dir.), *Hors les murs ! Naissance de la psychiatrie extrahospitalière*. Bruxelles, L'Équipe - histoire & philosophie, 2001.

études : Adel Chawaf, Jean Dierkens et A. De Groeve<sup>6</sup>.

## Les populations immigrées comme terrain d'intervention pour le savoir psychiatrique

Au milieu des années 1960, 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 socioéconomiques 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 en régression, immobile, passive, de plus en plus coupée des relations avec le milieu extérieur et repliée loin de la réalisation de l'idéal migratoire »<sup>7</sup>.

Les rares psychiatres belges qui s'expriment publiquement durant 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 schizophrénie<sup>8</sup> et la psychiatrie est une science bourgeoise qui facilite l'exploitation de l'ouvrier immigré<sup>9</sup>. 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 »<sup>10</sup>.

La psychiatrie belge montre ensuite un intérêt croissant pour cette seconde génération ; en 1979, un colloque est consacré à ce sujet<sup>11</sup>. 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 » pour

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

9 | Chawaf A., « Le syndrome de désadaptation, son mécanisme psychosocial dans la migration », in *Santé mentale des migrants - 15-16-17 avril 1975*, Bruxelles, Fondation Julie Renson, 1976, p. 6170.

10 | Pasquale M., « Réflexions sur une population de familles immigrées, consultant un service de pédopsychiatrie », in *Santé mentale des migrants - 15-16-17 avril 1975*, Bruxelles, Fondation Julie Renson, 1976, p. 121.

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

6 | Verhaegen P., *Mental health in foreign workers*, Leuven, Acco-Verlag, 1972.

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

beaucoup d'observateurs. 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 transformée en « problème public » (au sens de Gusfield). 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 socioéconomiques. Le Comité sociomédical pour la santé des immigrés est créé en 1977 (depuis 1987 *Cultures&Santé*). S'y retrouvent des médecins dont des psychiatres, des travailleurs sociaux et des chercheurs en sciences humaines. Proche des milieux des maisons de santé, le Comité est dans un premier temps présidé par Alfred Bastenier, un sociologue. Dans leur revue *Santé-Immigrés*, Pervine Jamil affirme dès le premier numéro que « les immigrés 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 »<sup>12</sup>. 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 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 Mermoux<sup>13</sup> en tire les enseigne-

ments 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 à la diachronie, elle relativise et, parfois, supprime les grilles trop statiques, encore que 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 elle. »<sup>14</sup> 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 frustration »<sup>15</sup>.

Certains diagnostics reviennent régulièrement dans les textes : hypochondrie, maladies psychosomatiques, dépression, paranoïa. L'origine de ces pathologies se

14 | Mermoux, « Le groupe « " Santé mentale" du Comité Médical et Médico-social d'Aide aux Migrants (Paris) », *Mosaïque*, 1976, n° 27, p. 24.

15 | Chawaf A., « *Adaptation and mental pathology of North-African workers in Belgium* », in Verhaegen P. (dir.), *Mental health in foreign workers. Proceeding of the 7th annual meeting of the International Committee on Occupational Mental Health (Belgium, Leuven, 18-20 August 1971)*, Leuven, acco, 1972, p. 65.

« Dans la régression, le corps est important pour la relation avec les autres et pour détecter la peur du présent et l'anxiété de l'avenir. Le travailleur se sent accepté non pas pour ce qu'il est, mais pour ce qu'il produit et cette acceptation rend le corps important ; il a une signification narcissique et libidinale et devient maintenant le centre communicatif du "moi" et, comme un miroir, reflète chaque difficulté relationnelle et frustration affective. »

12 | Jamil P., « *De la visite de 40 familles* », *Santé - Immigrés*, juin 1978, n° 1, p. 1521.

13 | 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.

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. Mais les psychiatres ne sont pas les seuls à s'intéresser à la santé mentale. En sortant de l'asile, le monopole d'interprétation dont les médecins bénéficiaient à l'intérieur de l'asile se fragilise. 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 sens, immigration et santé mentale vont de pair avec une transformation plus large de la psychiatrie dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle évoquée antérieurement dans cet article.

La prégnance de ce discours psychiatrique doit néanmoins être interrogée à deux niveaux. On peut en effet estimer qu'il 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 1980<sup>16</sup>. 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 les troubles mentaux. La Gerbe, structure inspirée d'une pratique antipsychiatrique formulée entre autres par le réseau « Alternative à la psychiatrie » 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 »<sup>17</sup>. D'autres initiatives se focalisent plus spécifiquement sur les immigrés. Déjà évoqué précédemment, le Comité sociomédical pour la santé des immigrés publie 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<sup>18</sup>.

## Conclusion

La découverte de l'immigré par la psychiatrie belge se produit dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Johannes Hofer avait déjà intitulé *Nostalgie ou mal du pays* sa thèse de doctorat soutenue en 1688 à

16 | Melon J. et Timsit M., « Étude statistique sur la psychopathologie des immigrés », *Acta psychiatrica belgica*, 1971, vol. 71, n° 2, p. 98120 ; Mélon J. et Houet R., « La prévention des maladies mentales chez les enfants immigrés », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1972, n° 4, p. 489495 ; De Barros-Ferreira M., « Hystérie et fait psychosomatique chez l'immigrant portugais », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1976, n° 4, p. 551578. 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 américaine de psychiatrie, ne disposent d'entrée spécifique pour des maladies liées directement à la migration. Voir Richard Rechtman, « De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries », *Hommes & Migrations*, mai-juin 2000, n° 1225, p. 4661.

17 | Joseph Duhamel, « A Schaerbeek, une expérience d'animation communautaire », in Elkaim M. (dir.), *Réseau alternative à la psychiatrie : collectif international*, Paris, Union générale d'éditions, 1977, p. 211232.

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

Bâle, mais le sujet était resté longtemps absent du champ psychiatrique<sup>19</sup>. Si d'autres spécialités médicales définissent depuis bien plus longtemps les frontières entre le Nous et l'Autre, la psychiatrie est à certains égards une nouvelle venue dans un champ plus large d'expertise où elle 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 »<sup>20</sup> 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 1970<sup>21</sup>.

19 | Weig W., « *Migration und seelische Gesundheit* », IMIS-Beiträge, 1998, n° 8, p. 3144.

20 | Dorlin E., *La matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, Paris, Éditions La Découverte, 2006, p. 191275. Richard Keller, *Colonial madness : psychiatry in French North Africa*, Chicago, University of Chicago Press, 2007. Dans la conclusion de son livre, Elsa Dorlin aborde la question de savoir comment une expertise psychiatrique formulée dans un contexte colonial peut être « traduite » en expertise psychiatrique sur des immigrés maghrébins.

21 | Fassin D., « *Les politiques de l'ethnopsychiatrie* », L'Homme, 2000, n° 153, p. 231250.