

VIOLENCE ET SANTÉ

TRAUMA ET TORTURE

La moitié des demandeurs d'asile ont eu à subir la violence politique dans leur pays d'origine, et un quart présentent des séquelles traumatiques. Les conséquences physiques de la violence et de la torture sont le plus souvent mineures, mais les survivants présentent un risque accru de psycho-traumatisme grave. Les patients concernés relèvent d'une prise en charge médico-psychologique de moyen terme, une prise en charge compliquée par le climat d'urgence et de suspicion lié à la procédure actuelle de demande d'asile en France.

VOIR AUSSI *Dépression* page 280

ÉPIDÉMIOLOGIE

Dans l'observation du Comede, la moitié des demandeurs d'asile présentent des antécédents de violence au pays d'origine, et un quart présentent des antécédents spécifiques de torture (voir *infra Définitions*). La violence est plus fréquemment évoquée par les exilés originaires d'Asie du Sud (Sri Lanka, Bangladesh et Inde), d'Europe de l'Est (58 %, Turquie, Russie), des Antilles (54 %, Haïti) et d'Afrique centrale (48 %, Cameroun, Congo, Congo RD). Les victimes de torture sont proportionnellement plus nombreuses parmi les personnes d'Asie du Sud (Sri Lanka, Inde), et d'Afrique centrale (Cameroun, Congo RD). Les cas de psycho-traumatisme grave, diagnostiqués pour environ 10 % des patients concernés, se retrouvent plus fréquemment chez les exilés d'Afrique centrale (pour moitié des femmes), d'Amérique du Nord (Haïti), et d'Afrique du Nord (Algérie). Le risque de psycho-traumatisme grave est significativement plus élevé lorsqu'il existe un antécédent de violence ou de torture.

CONTEXTE ET DÉFINITIONS

Les demandeurs d'asile ont survécu à de multiples traumatismes, du pays d'origine (persécutions, tortures) au pays d'accueil (exclusion, rejet de la demande d'asile), avec pour fond commun le traumatisme de l'exil (voir page 16). L'absence de

DÉFINITION DE LA VIOLENCE (OMS, 2002)

« Le terme “violence” désigne l’usage délibéré ou la menace d’usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d’entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence. »

préparation psychique à la séparation brutale de l’environnement d’origine peut réactiver des ruptures de l’enfance et des expériences traumatiques refoulées et protégées jusqu’alors du débordement pathologique par des défenses psychologiques plus ou moins solides. Certains traumatismes que les exilés « partagent » avec les autochtones, comme la découverte d’une maladie grave, peuvent produire les mêmes effets.

Le trauma, ou traumatisme, désigne une lésion ou une blessure produite par un choc mécanique et/ou émotionnel.

Certaines définitions évoquent une effraction de la peau, une brèche dans l’enveloppe corporelle. Les cicatrices qui en résultent sont parfois mises en avant par le demandeur d’asile. Or le plus souvent, sans lésion physique apparente, c’est « à l’intérieur » que des commotions se sont formées, enkystées. Ces conséquences psychologiques du trauma, très fréquentes, sont les plus douloureuses et les plus complexes à diagnostiquer et à soigner.

LA TORTURE, L’HORREUR HUMAINE DE LA SOUFFRANCE INFLIGÉE

Symptomatique d’un exercice pathologique du pouvoir, la torture est pratiquée dans plus de la moitié des pays du monde.

Tolérée par certains gouvernements qui feignent d’ignorer ce que fait leur police, utilisée par d’autres comme technique de répression organisée, c’est la conséquence planifiée de régimes dictatoriaux et totalitaires qui ne tolèrent ni différence ni contradiction. Pour être « efficace », le processus de la torture doit reposer sur un groupe, une « confrérie » de tortionnaires, impliqués à différents niveaux. Le bourreau n’agit pas seul.

Malédiction de la torture et contagion du silence. Un sentiment pénible d’impudeur et de voyeurisme, d’identification alternative à la victime et au bourreau, s’empare de celui ou celle qui cherche à comprendre la cruauté des hommes. Essayer de rapporter ce qu’en dit le survivant, c’est risquer de réduire sa parole et de trahir son expérience de la souffrance. Mais garder le silence, c’est permettre à la malédiction de la torture de poursuivre l’exilé en exil. Car c’est là son objectif fondamental : si elle prétend « faire parler », la torture vise essentiellement à faire taire. Dans une contagion progressive du silence, elle risque d’atteindre progressivement tous les membres du corps social.

La torture ne se réduit pas à l’agression physique, elle est un processus systématique de destruction de l’intégrité psychique, sociale et relationnelle. La torture physique en est l’image

la plus populaire mais aussi la plus réductrice. Ce sont pourtant les séquelles « physiques », cicatrices de brûlures, coups et coupures qui fondent le mythe de la preuve en matière de certification médicale. Inaccessible à la preuve, la torture commence par le mépris, l'intimidation, les menaces, les accusations gratuites, l'humiliation, la mise à nu, l'absence d'hygiène, la détention au secret, sans avocat, sans médecin, l'arrestation des proches...

Dépossession du corps et dépersonnalisation. Le tortionnaire vise à déposséder la victime du contrôle de son corps et de son entourage, en s'attaquant aux fonctions :

- physique : la pendaison par les bras pendant des heures, le « planton » ou maintien douloureux et forcé de certaines attitudes, la station debout pendant des jours ;
- sensorielle : la « cagoule », les yeux bandés ou les éclairages aveuglants sans interruption, les bruits incessants, la promiscuité ou l'isolement, les « simulacres » d'exécution ;
- biologique : privation de sommeil, de nourriture, immersion jusqu'à l'asphyxie ;
- érotique et scatologique : électricité sur les zones érogènes, ingestion forcée des urines et fèces qui remplacent le goût des aliments, ou introduction d'objets dans les orifices du corps.

Il s'agit d'amener la victime à une situation de dépendance extrême, et de dégradation psychologique et biologique massive. L'espace, le temps, le corps, la réalité ayant été aliénés, il reste une stratégie de survie pour le sujet de préserver une continuité psychique avec celui qu'il était en liberté parmi les siens : la parole non dite, le secret. C'est contre ce dernier refuge que la torture exercera toute sa violence, toute sa cruauté. La dépossession de la parole est la dernière étape d'un long processus d'aliénation violente. La victime doit dire la parole attendue, celle que le tortionnaire sait. Son corps obéit alors à la voix de l'autre, sa voix dit les mots de l'autre. L'aveu est le point culminant de la dépossession meurtrière de soi.

« L'aveu » vise à l'amputation de la parole et au viol de la pensée. Obtenir des aveux, c'est chercher à déposséder le sujet de sa parole propre, celle qui ne peut se dire que dans son secret. Sur un plan psychique, la torture devient alors expérimentation d'une psychose (délire) : la victime ressent le vécu insupportable d'être devenue transparente. On lit sa pensée, on la lui vole, la valeur de sa parole est réduite à ce que veut entendre le tortionnaire. La lutte est souvent acharnée autour du secret de la parole et de la pensée. Le prisonnier peut utiliser la ruse ou le mensonge, il peut encore fuir dans son délire, mais la confusion hal-

DÉFINITION DE LA TORTURE (ONU, 1984)

Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

« Le terme "torture" désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. »

lucinatoire qui survient parfois (il entend la voix aimée ou haïe...) n'est qu'une issue fragile et transitoire. Un effondrement psychique peut se produire lorsque l'autre « haï » vient occuper l'espace psychique interne. En devenant autre, fasciné par l'horreur et la souffrance, la victime devient son bourreau. Les sentiments de honte, d'humiliation et de haine sont inévitables.

Dans l'entretien du mythe de la résistance possible, la société condamne tous ceux qui n'ont pas pu résister. L'un des objectifs de la torture est de légitimer l'aveu comme productif dans les situations de crise majeure. Ainsi, imaginer et entretenir un idéal de résistance fondé sur le courage ou les convictions ne fait que renforcer le jeu du tortionnaire. L'adhésion du groupe social tout entier au mythe de la résistance possible contribue à prolonger la mise en accusation de la victime qui n'a pas pu ou su résister.

CONSÉQUENCES DE LA TORTURE

Faire parler pour faire taire : la torture engendre le silence. Se taire, réprimer ses émotions, sa révolte, tels sont les principes de vie à observer dans ce contexte. Le survivant vit ces compromis comme des compromissions, une aliénation programmée, comme s'il restait « sous l'emprise d'un autre ». Ne faisant plus confiance à la parole, il n'a parfois plus que son corps pour témoigner, ce corps dont les plaintes se dérobent aux examens médicaux et surviennent à des moments particuliers : au crépuscule, à l'aube, avant l'endormissement... périodes de prédilection des actes barbares des bourreaux.

Culpabilité paradoxale. Le survivant de la torture est discrédité par son corps brisé et incontinent, discrédité dans son identité de militant, de professionnel, d'homme ou de femme. Compromis par sa participation au processus de sa propre dégradation, il ressent la culpabilité et l'indignité d'avoir cédé et trahi, d'avoir été « prêt à tout pour que ça s'arrête ».

Dépendance affective de type abandonnique. Elle se traduit par une demande d'affection, de « maternage », en même temps qu'une grande susceptibilité avec hypersensibilité. Mais là encore, le besoin d'être reconnu et accepté par les autres – la société d'accueil – et l'adaptation aux normes imposées supposent de se soumettre aux autres comme il avait dû se soumettre à ses anciens poursuivants, ce qui peut entraîner un profond sentiment de déloyauté et de trahison, une certaine ambivalence envers son pays qu'il a quitté et qui n'a pu garantir sa protection.

Le plus souvent, les symptômes post-traumatiques ne sont pas spécifiques. Ils diffèrent selon l'histoire du survivant, ce qu'a été sa vie, ses structures intellectuelles ou affectives, la nature des sévices subis, ou la mesure du risque qu'il courait. Le contexte (exil récent, précarité et exclusion) éclaire sur la nature de plaintes souvent associées, dans un isolement relationnel qui traduit en outre une perte de la capacité à renouer des liens. La détresse dans laquelle vivent ces patients se manifeste par :

- des douleurs très fréquentes : céphalées chroniques et invalidantes, douleurs abdominales, thoraciques, lombaires ou de toute autre partie du corps, parfois attribuées aux sévices subis. Le « bilan de santé » est souvent demandé pour donner sens à ces signaux du corps ;
- des perturbations diverses et inquiétantes : troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, manque de volonté, apathie, troubles de la sexualité, troubles de l'appétit ;
- l'angoisse est souvent traduite par une « peur sans raison » : peur de rester seul, de la foule, d'être suivi, d'être attaqué. Fréquentes, les insomnies partielles ou totales sont parfois attribuées aux douleurs, mais rarement évoquées spontanément.

La névrose traumatique, ou état de stress post-traumatique (ESPT). Différents symptômes apparaissent après un temps de latence, lorsque le patient se sent en sécurité :

- le syndrome de répétition est très spécifique du traumatisme : cauchemars au cours desquels les traumatismes sont revécus, laissant dans la journée une longue impression de malaise, décharges émotionnelles, caractérielles, crises émotives... Les situations évoquant les conditions du trauma peuvent être des facteurs déclenchants, comme une porte qui claque, un objet qui tombe, les cris d'un enfant, la vue de militaires en uniforme, même les caresses du conjoint peuvent être insupportables. Parfois, le syndrome de répétition va s'estomper de lui-même ;
- les autres troubles, moins spécifiques, vont au contraire s'enkyster. Ils appartiennent également aux autres névroses, hystériques, phobiques, obsessionnelles, sous forme de crises d'angoisse, d'impression de mort imminente, d'agitation, de syndromes de conversion ou psychosomatiques, d'atteinte de la libido ;
- des réorganisations de la personnalité peuvent apparaître : sentiment d'abandon, revendications d'allure paranoïaque, attitude de dépendance ou de régression (réflexe vital consécutif à l'expérience du mal, pour retrouver la sécurité du début de l'existence).

Le « syndrome du certificat médical » est lié au contexte du droit d’asile (voir page 19). Dans un contexte de crise du droit d’asile et d’une exigence renforcée de « preuves » de persécutions, la demande d’un certificat médical destiné à l’Ofpra ou à la Commission des recours des réfugiés (CRR) est relativement fréquente. Face à la perplexité du médecin ou du psychologue, il arrive que cette demande prenne le chemin détourné de la demande de soins, d’autant plus que la prise en charge médico-psychologique peut également être indiquée. Les plaintes physiques et cicatrices sont souvent au premier plan, en même temps que sont évoquées les circonstances des violences subies.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Le « récit des tortures », entre la demande d’asile et la demande de soins. Parfois légère ou distanciée, la manière dont le survivant raconte ce qu’il a vécu semble contredire la réalité de ce dont il prétend avoir été victime. Il arrive que ses affects, sidérés par l’effroi, anesthésiés, ne puissent tendre la main à son récit, du fait de l’absence de secours pendant la torture. Parce qu’elle se situe dans un halo de souffrance, de peur et d’étrangeté, dans une expérience de l’horreur, sa parole devient difficile d’accès, difficile à entendre par chaque professionnel rencontré à la préfecture, à l’Ofpra, à la Commission ou encore dans les lieux de soins.

« Prendre le corps aux maux », avec les contradictions entre l’observation et la parole du patient, dans le respect des défenses et des symptômes. L’accueil est personnalisé, et facilite le repérage et l’accès à la structure, au médecin, à l’assistante sociale. Il est nécessaire de veiller à ce que les conditions de la consultation ne puissent rappeler aucune des circonstances des sévices : intimité, lumière, éviter les claquements de porte... Il faut également éviter la banalisation, voire la négation du trauma qui traduit, pour le médecin, son ignorance et son trouble émotionnel.

L’examen médical et le bilan de santé constituent une première réponse aux plaintes exprimées, à l’exhibition de certaines parties du corps qui accompagne parfois l’inefficience des mots. Le « rien à dire et tout à montrer » renvoie à la réappropriation des fonctions jusqu’alors proscrites : regarder, voir, observer, identifier avant d’entrer en relation, de se représenter ce qui est en soi.

L’écoute va respecter le secret et la souffrance. Il ne s’agit pas de « faire parler », mais d’écouter les demi-mots, les paroles déformées, les silences. Il faut savoir résister à la tentation d’être « efficace », de vouloir rassurer immédiatement.



Outre le dépistage et le diagnostic d'affections sévères par des examens ciblés (voir *Bilan de santé* page 237) ou certaines séquelles physiques à opérer ou appareiller (voir *infra*), le rendu des examens de santé permet de donner des formes à ce qui était impensable parce que terrorisant. Souvent rassurante, la « normalité » du bilan de santé est parfois douloureusement ressentie, ouvrant ainsi la voie à l'intervention du psychothérapeute.

Des traitements adjuvants peuvent être utiles, principalement antalgiques, antispasmodiques, anxiolytiques ou hypnotiques. Les antidépresseurs ne sont pas indiqués (voir *Dépression* page 280). L'ostéopathie peut soulager certaines douleurs lésionnelles, en permettant aux patients de retrouver un contact de toucher « réparateur », à distance des sévices physiques.

Le recours au chirurgien orthopédique est indiqué lorsqu'un bénéfice thérapeutique supplémentaire est envisageable (voir aussi *Pathologie courante* page 326), comme un traitement étiologique de la douleur, la réduction d'un handicap ou la réparation d'un préjudice esthétique important. Même en cas d'abstention chirurgicale, l'avis du spécialiste peut participer de la reconnaissance du traumatisme vécu par le patient et contribuer à l'amélioration de son état. L'intervention du chirurgien orthopédique doit souvent s'intégrer dans une prise en charge multidisciplinaire, et un geste chirurgical doit être envisagé avec beaucoup de précautions, en raison des interactions médico-juridiques et des difficultés fréquentes de communication. Il est utile de revoir le patient plusieurs fois et de faire appel si besoin à un interprète professionnel afin de préciser la nature réelle du bénéfice attendu par le patient (soins et/ou certificat).

Quand orienter vers le psychothérapeute ? Le soutien procuré par le regard, l'écoute et la parole, s'il est indispensable, ne constitue pas une psychothérapie, qui suppose l'exercice de compétences psychanalytiques et/ou ethnopsychiatriques. Cette demande est rarement exprimée d'emblée par les demandeurs d'asile par méfiance commune à toutes les cultures et/ou méconnaissance de cette approche. Le recours au psychothérapeute est proposé secondairement, en l'absence d'amélioration des symptômes du patient ou en cas de difficulté pour le médecin.

PSYCHOTHÉRAPIE

Une écoute thérapeutique ouverte pour accueillir l'indicible de l'horreur. L'accueil du patient est toujours difficile, lorsque l'essentiel de sa vie psychique, sa capacité à investir sa parole propre, a été ébranlée, voire aliénée. Pourtant, les conditions de l'accueil sont essentielles afin que les exilés qui ont connu la torture puissent en parler, le moment venu, pour pouvoir surmonter ce qu'ils ont vécu, sortir de la position d'objets pour devenir sujets. Il s'agit de transformer le « ressenti violent » d'abord en émotions, puis en souvenirs.

Préservation du secret et de l'intimité. Le travail thérapeutique doit toujours tenir compte de ce qui a été essentiellement menacé : le secret de penser, qui sera restitué dans le respect absolu du rythme du patient. Au cours de la prise en charge, le thérapeute devient le « confident », témoin de la souffrance subie, pour permettre de recréer l'enveloppe psychique, rétablir la possibilité de penser secrètement, de choisir de taire ou dire. Le secret d'une perte constitue parfois la seule possibilité de surmonter la perte du secret.

Réhabiliter l'espace psychique propre et réinvestir la parole. Le contrat de soins doit être suffisamment clair et précis pour permettre la continuité du processus thérapeutique et les compromis du patient comme sujet actif dans un monde de contraintes au sein duquel il reprend la parole. La parole lui permet de lutter contre l'effondrement mélancolique, de différencier, grâce aux mots, les pensées des actes. Redevenant son protecteur, le survivant ne se sentira plus inconsciemment coupable d'avoir utilisé des mots pour décrire ce qu'il a vécu. Cette reprise de parole lui permet de s'accorder avec lui-même et avec les autres.

Élaboration des sentiments de honte, d'humiliation et de haine. L'élaboration est un « travail de transformation qui s'opère dans un organisme vivant aux dépens des diverses substances, production de ce travail ». Le psychothérapeute tente de contenir ce que projette le patient, et de transformer ses sensations et émotions « brutes » pour les rendre psychiquement comestibles. C'est grâce à l'ingestion de ce qu'il rejetait compulsivement que le patient reconstruit progressivement sa barrière interne érodée pour donner sens à des signaux jusqu'alors insensés et angoissants. Des réactions de révolte (contre les soins, la préfecture ou l'Ofpra) peuvent témoigner de la progression d'un patient jusqu'alors sidéré et docile.

Réappropriation d'une identité menacée. L'objectif est de rétablir la relation du patient avec le milieu, le lien avec les personnes et les choses, de développer sa capacité de transformation du milieu social et de projection de son activité et de son avenir grâce à une meilleure connaissance de lui-même, de ses propres ressources et de la réalité qu'il a vécue.

Cadre de la thérapie. Dans l'expérience du Comede, le cadre théorique de la psychothérapie doit souvent être adapté à la situation de grande précarité sociale dans laquelle survivent les demandeurs d'asile lors des premiers mois ou années de résidence en France. De nombreux patients viennent irrégulièrement aux entretiens, les rendez-vous sont fixés « au coup par coup », en dehors de l'accueil toujours possible en cas d'urgence. Au cours de la thérapie, le patient peut « disparaître » pour donner signe de vie quelques mois plus tard.

RISQUES ET DÉRIVES

L'insertion socioprofessionnelle, qui représente l'un des éléments principaux de la thérapie, est entravée par la crise du droit d'asile. La suppression du droit au travail pour les demandeurs d'asile depuis 1991, l'inexistence de droit à un revenu minimum, la multiplication des procédures à garantie diminuée (voir *Procédures prioritaires* page 75) et le rejet massif et croissant des demandes d'asile favorisent les effets délétères du trauma sur la santé des exilés, et contrarient en même temps les efforts thérapeutiques entrepris. L'assistance sociale et juridique peut permettre d'en atténuer les effets les plus nocifs.

L'exigence inappropriée du « certificat médical » peut accentuer les effets du trauma (voir *Certification médicale et demande d'asile* page 378), lorsque sous la pression de l'entourage, des soutiens ou encore directement des instances d'attribution du statut de réfugié, le survivant de la torture est sommé de revivre dans des conditions de temps et de lieu qu'il n'a pas choisies, et le plus souvent dans l'urgence, les sévices infligés par ses bourreaux. En prétendant remplacer la parole de l'exilé par celle du médecin, et lorsqu'il n'y a pas d'éléments médico-psychologiques objectivables, le certificat médical s'oppose en outre au processus thérapeutique.

Interférence thérapeutique avec les accompagnants et interprètes « de fortune ». Si cette interférence existe dans l'ensemble des situations de soins, c'est sans doute dans le domaine du trauma qu'elle est la plus néfaste. En cas de difficulté de commu-

nication linguistique, la compétence et la neutralité d'un interprète professionnel sont nécessaires. À défaut, les soignants doivent être particulièrement vigilants au rôle que joue, consciemment ou non, un accompagnant partie prenante du trauma (lien de parenté...) ou de la torture (membre du parti tortionnaire...).

Risques et excès des approches « spécialisées ». La nécessité de sensibiliser aux problèmes de la répression et de l'exil ne doit pas aboutir à créer une pathologie de la torture et stigmatiser en une nouvelle catégorie de malades les personnes qui en ont souffert. Les techniques « actives » peuvent avoir des conséquences dramatiques lorsqu'elles essaient d'aller à l'encontre de l'expérience traumatique sans savoir attendre qu'elle vienne d'elle-même, ou qu'elle reste, pour toujours, inconnue.

Enfin, la nécessité d'un tiers symbolique entre les soignants et les patients s'impose. De nombreux patients sont dans un tel effroi qu'ils ne parviennent pas à se vivre, se percevoir comme étant désormais à l'abri de leurs malfaiteurs. La mainmise de ceux-ci est si puissante que le sujet psychiquement envahi ne peut prendre la distance qu'impose la séparation objective. Si le thérapeute n'a pas une solide formation, les traumatismes peuvent devenir siens, paralyser non seulement son fonctionnement personnel, mais aussi diviser l'institution en « bourreaux et victimes », « gentils et méchants »... clivages indicateurs d'une gestion inadéquate du rôle que les patients font jouer à chacun des membres de l'équipe qui les accueille. Un travail d'équipe et le recours à une régulation par un tiers extérieur sont d'une grande utilité.