

Qu'86

AVEC LES EXILÉS ET LES TORTURÉS

par Miguel Olcese

Ils ont dû partir. Ils ont tout abandonné : travail, famille, amis, culture. Ils ont souffert dans leur âme et dans leurs affections. Souvent même aussi, hélas, dans leur corps. La France, pour eux, est la terre d'accueil et de refuge. La halte enfin. Le repos. Le bout d'une route mais aussi le point de départ d'une nouvelle vie. Ils nous rejoignent avec leurs angoisses, leur passé, leurs espoirs et leur soif d'un avenir.

Il n'y a pas besoin d'aller au bout du monde pour les aider. Ils sont là, à côté de nous. L'ultime agression qu'ils pourraient subir, la plus terrible peut-être, serait notre indifférence ou pire notre rejet. Or, le déferlement d'une violence exportée par des sociétés extérieures à la collectivité française suscite des formes variées de repli sur soi qui rendent plus difficile encore l'accueil des demandeurs d'asile, plus délicat le processus d'insertion en France. C'est pourtant dans ce contexte que le COMEDE poursuit son action.

Le comité médical pour les exilés (COMEDE) a été créé en 1979 à l'initiative de diverses associations : groupe accueil et solidarité, CLIMADE, section française d'Amnesty international. Confrontées, chacune séparément, aux demandes de soin des réfugiés, elles ont ressenti la nécessité d'une structure médicale capable non seulement de recevoir des personnes ne bénéficiant d'aucune couverture sociale mais aussi de prendre en compte la problématique de l'exil. D'autant que les femmes et les hommes qui nous sont adressés constituent la catégorie la plus défavorisée des réfugiés en ce sens qu'ils n'entrent pas dans les quotas programmés par la puissance publique. Ces derniers sont en effet pris en charge par les réseaux de France Terre d'Asile et ne tardent donc pas à disposer de la Sécurité sociale. Pour les autres, ceux vers lesquels nous nous tournons, c'est, dès mois durant, le vide juridique. Dès leur arrivée en France, ils déposent un dossier à l'O.F.P.R.A. et s'inscrivent aux ASSÉDIC mais il s'écoule plusieurs mois et jusqu'à un an avant qu'ils ne touchent leurs premières prestations. C'est fondamentalement ce laps de temps que le COMEDE s'efforce d'aider à passer.

AMNISTIE ET MIGRATION
1056 - 15 OCT 86

Après avoir travaillé sur un rythme de sept à huit cents personnes reçues par an, le COMEDE s'est trouvé confronté, à partir de 1982, à un afflux considérable. Le service rendu commençant à être connu, d'autres associations dirigeaient vers nous leurs malades. Le Service social d'aide aux émigrants recourait lui aussi à nous. Il a fallu passer de l'amateurisme au professionnalisme. A partir de 1983, il est devenu indispensable de mettre en place une structure permanente, donc d'obtenir les subventions nécessaires au financement. L'Assistance publique a logé, d'abord à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre et actuellement à l'hôpital Claude Bernard, notre centre médico-psycho-social. Notre équipe est constituée, désormais, de douze médecins généralistes, un ophtalmologue, un dermatologue, deux gynécologues, deux psychiatres, trois psychothérapeutes, une pharmacienne, plusieurs infirmières et deux assistantes sociales. A cette équipe médicale, s'ajoutent huit personnes qui participent à l'accueil, une secrétaire et un gestionnaire. Nombreux sont les bénévoles, les autres disposent d'un statut de vacataire. Le rythme annuel des consultations est supérieur à 4.000.

A la lumière de cette pratique et de notre expérience, nous avons été amenés à réfléchir sur l'exil et les traumatismes de toute nature qu'il génère. Nous avons également progressé sur le traitement des victimes de tortures. Au sens de la définition que les Nations-Unies donnent au terme "torture", c'est-à-dire en prenant en compte les sévices non seulement physiques mais aussi psychologiques ainsi que les conditions d'incarcération, près de 20 % des personnes que nous avons accueillies en ont été victimes. Soit 2.000 à 2.500 des 13.000 patients qui ont transité par le COMEDE. Notre conception déontologique nous a conduits à ne jamais mettre en avant les soins prodigués aux réfugiés victimes de tortures, ni à effectuer la moindre "publicité" sur ce point. Nous répugnons à distinguer entre ces malades et les autres. Nous nous refusons à mettre en place à leur intention une quelconque structure spécialisée. Car il n'y a pas de maladie spécifique due à la torture. Il y a des traumatismes particuliers qui accompagnent des troubles psychiques que l'on retrouve ailleurs.

La torture place la victime dans une situation d'horreur qui provoque le plus grand stress physique et psychologique envisageable. L'individu est ramené au statut d'objet. Sa personnalité lui est refusée. Lorsqu'il arrive dans le pays refuge, il doit non seulement, comme tout autre demandeur d'asile, récupérer un environnement culturel, professionnel et affectif, mais il lui faut, en outre, récupérer sa parole, son identité, sa dignité.

Le passage de l'exil à la fin de son départ imposé et d'un retour au pays de l'origine, même s'il s'agit d'un retour du fait d'avoir échappé à la mort, ne peut se faire sans sa culpabilité à l'égard de ceux qui sont restés. Le retour s'accompagne nécessairement sur un plan psychologique. Les douleurs du retour se dressent au contact de la nouvelle société avec laquelle il a fallu se confronter soudainement, et sous, un sentiment d'insécurité et d'anxiété. C'est à ce niveau qu'une aide extérieure est indispensable. En effet, la douleur et le désespoir, la tristesse, la haine, la dévalorisation, les sentiments de défaite et de culpabilité poussent souvent à

refuser l'insertion dans le pays d'accueil. Notre travail au-delà des soins du corps, consiste aussi à permettre la résorption progressive de ces traumatismes, à offrir la rencontre avec cet autre qui pourra aider l'exilé à contenir ses angoisses et à se réorganiser.

Voilà en quoi la torture et l'exil ne sont qu'un seul et même processus qui implique mort et renaissance. Rien ne serait pire que d'enfermer le patient dans une sorte de statut de "torturé" puisque au contraire tout notre travail psychopathologique est destiné à aider à rétablir la relation du sujet avec le milieu, le lien avec les personnes et les choses, à développer sa capacité de transformation du milieu social et la capacité de projection de son activité et de son avenir grâce à une meilleure connaissance de soi-même, de ses propres ressources et à la réalité qu'il a vécue.

La technique utilisée est la même que pour n'importe quelle prise en charge thérapeutique de ce type. Il s'agit de désangoisser, déculpabiliser, laisser le patient s'exprimer et même parfois rassurer. En revanche, ce qui diffère par rapport à une thérapie classique, c'est peut-être le climat de la consultation qui doit être plus sympathique, chaleureux, laissant place à plus de communication et d'échanges verbaux de la part du psychologue.

Créer une pathologie de la torture équivaut à considérer l'exilé-torturé comme un malade et contribue à la discrimination sociale et à la stigmatisation de la personne qui a souffert. Pratiquer l'étiquetage torture = malade, c'est situer nécessairement l'individu en position de malade. L'excessive médicalisation des conséquences de la torture et la création de centres de soins spécialisés créent dans la population des pays d'accueil sensibilisés à ce problème, dans le corps médical et chez l'exilé lui-même, le fantasme que, dans le pays d'origine, la personne a été nécessairement "cassée" et qu'ici ou ailleurs dans les pays d'accueil, l'on a tout pouvoir de réparation, laissant entendre ainsi que si le torturé-exilé ne se fait pas soigner dans ces centres spécialisés, il est perdu pour toujours. Il se développe dans le nouvel entourage du réfugié comme chez lui-même le fantasme de sa destruction quasi irrémédiable. On tend ainsi à institutionnaliser une catégorie d'individus, à établir une forme de hiérarchie au sein de la population des exilés. Comme le faisait remarquer un des patients : "J'en ai assez d'être considéré uniquement comme un torturé, j'ai été torturé, oui, mais ce n'est pas ce qui me définit".

Il nous semble du rôle du COMEDE, à la lumière des leçons qu'il peut tirer de sept années de pratique, de mettre en garde contre ce type de déviations souvent dictées par un désir sincère d'aide et une évidente bonne volonté mais qui, en pratique, n'est qu'un élément paradoxal de l'exclusion et de l'ignorance de cet autre qui est venu chercher auprès de nous un réconfort et non l'enfermement dans son traumatisme.