

Un regard clinique sur la souffrance psychique des personnes exilées

Muriel Bamberger
Psychologue clinicienne

Le Comede
Hôpital de Bicêtre
78, rue du Général-Leclerc
BP 31, 94272 Le Kremlin-
Bicêtre cedex, France

Le Comité pour la santé des exilés est engagé depuis quarante ans en faveur de la santé et de la défense des droits des femmes et des hommes vivant l'expérience de l'exil. Le soin et l'accompagnement de ces personnes s'effectuent grâce à plusieurs dispositifs, tout particulièrement au sein de son centre de santé hébergé par l'hôpital du Kremlin-Bicêtre, en région parisienne. Observations d'une psychologue clinicienne engagée dans l'accompagnement des patients en situation de grande précarité et souffrant principalement de syndrome psychotraumatique.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - exilé ; précarité ; psychologue clinicienne ; psychotraumatisme ; trouble psychique

A clinical perspective on the psychological suffering of exiles. The Committee for Exiles' Health has been working for forty years to protect the health and defend the rights of men and women living in exile. It runs several programmes providing care and support to these people, particularly in its health centre located within Kremlin-Bicêtre hospital in the Paris region. Observations of a clinical psychologist working to support patients in situations of extreme vulnerability and suffering mainly from psychological trauma.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - clinical psychologist; exile; psychological disorder; psychological trauma; vulnerability

Évoquer la pratique clinique du Comité pour la santé des exilés (Comede¹) auprès de patients exilés suppose de préciser que cette situation renvoie ici à une expérience parfois périlleuse sur le plan psychique "d'arrachement au pays d'origine, sous quelque forme qu'il advienne" [1]. Embarqués pour un voyage, qui sera parfois sans retour, « au terme d'une traversée le plus souvent effectuée dans des conditions épouvantables » [2], elles et ils franchissent le seuil du centre de santé du Comede, le plus souvent dans un état de grande détresse physique et psychique.

Des souffrances multiples

Principalement en situation de séjour précaire, de nombreuses personnes exilées souffrent de troubles psychiques graves – relevant principalement du psychotraumatisme et de la dépression – pour lesquels elles vont débiter un suivi médical conjoint à une prise en charge psychothérapeutique souvent en présence d'un interprète professionnel. Les femmes² [3] et les hommes reçus en psychothérapie sont marqués par des antécédents de violence³ [4] par la précarité

de leur statut administratif, par des difficultés de communication pour les personnes allophones⁴. Autrement dit, manquant souvent de mots pour se faire comprendre, ils entrent dans le soin à travers un corps algique qui se fait porte-parole d'une douleur psychique en attente d'être accueillie, soignée, entendue sans jugement et sans discrimination.

Aux violences subies – dans le pays d'origine, sur la route, mais aussi depuis leur arrivée en France – et à leurs effets traumatiques sur le corps et le psychisme vient s'ajouter une autre violence, celle d'une nouvelle forme d'expulsion politique. Ainsi, l'espace devant leur servir de refuge tant « territorial que psychique » [5] semble se transformer en « entrée du Purgatoire » [6].

Dans cette perspective, les symptômes dont elles et ils souffrent sont à mettre en lien avec la précarité et l'exclusion vécues ici, qui les plongent dans une « attente subie à durée indéterminée » [7].

Des syndromes psychotraumatiques

Les patients suivis au Comede souffrent le plus souvent de syndromes psychotraumatiques, dans

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
muriel.bamberger@comede.org
(M. Bamberger).

lesquels dominent cauchemars et reviviscences, troubles de la mémoire et de la concentration, hypervigilance, mais aussi douleurs rebelles au traitement antalgique et asthénie.

Ces syndromes peuvent prendre la forme d'épisodes dissociatifs, s'exprimant par des moments de confusion, d'agitation ou encore de mutisme et de stupeur. Certains patients traversent des états de détresse psychique intenses, associés à des dépressions graves et témoignent parfois d'idées suicidaires. Ces formes complexes ou sévères de psychotraumatismes laissent apparaître une symptomatologie d'allure psychotique dans laquelle le sujet est confronté à des sensations de déréalisation. Même s'il n'existe pas de décompensation d'un trouble psychotique constitué, on peut voir se dessiner des angoisses persécutives et paranoïaques (états délirants ou épisodes de confusion mentale). Ces formes complexes de trauma sont particulièrement observées chez des personnes ayant vécu des situations traumatiques répétées, précoces ou des violences extrêmes.

Violences et traumatisme

Les patients du centre de santé suivis en psychothérapie présentent plus souvent que les autres consultants des antécédents de violence (93 % vs 74 %), de torture (51 % vs 27 %) et de violences liées au genre⁵ (38 % vs 14 %), évoquant une forte corrélation entre violences et troubles psychiques. Bien que la notion de traumatisme psychique fasse désormais partie du langage commun, sa banalisation et ses usages sociaux variés suppose de préciser ce que nous entendons par traumatisme. Ainsi, contrairement à ce que l'hégémonie actuelle du *post-traumatic stress disorder* (PTSD)⁶ laisserait penser, le traumatisme est « l'enfer du souvenir » [7] et non l'événement en lui-même. Autrement dit, le traumatisme est la conséquence psychique de l'événement, et la manière dont celui-ci va être accueilli, élaboré et métabolisé par le psychisme, et l'ensemble des conséquences symptomatiques qui vont en découler. Le traumatisme désigne donc les conséquences d'un événement dont la soudaineté, l'intensité et la brutalité peuvent non seulement entraîner un choc psychique, mais aussi laisser des traces durables sur le psychisme d'un sujet qui s'en trouve altéré. Parce que le traumatisme produit toujours un avant et un après et se caractérise par sa survenue brutale, le sujet n'a pas pu s'y préparer et s'en est trouvé débordé. Dans cette perspective, nous pouvons considérer qu'il n'existe pas de faits traumatiques en soi, même si les faits de violences peuvent varier en nature et en intensité; ainsi, le



© Graphics/AdobeStock.com

hasard d'une catastrophe naturelle diffère-t-il de l'intention déshumanisante de la torture, néanmoins chacun répond selon ses propres modalités psychiques et physiques, parvenant ou non à se dégager de la souffrance éprouvée. Par là même, il apparaît très difficile de définir des facteurs prédictifs.

Un vécu traumatique

La vie nocturne de nos patients met en lumière avec crudité le signe pathognomonique des syndromes psychotraumatiques qu'est la compulsion de répétition. Leur sommeil ne cesse de se dérober, happé par des rêves terrifiants qui répètent compulsivement les événements de violence vécus le plus souvent dans une passivité extrême. En outre, la vie diurne n'est pas non plus épargnée : aux cauchemars répétitifs qui provoquent des réveils en sursaut et des hurlements de terreur se succède la reviviscence des images, des pensées obsédantes arrimées au vécu traumatique. Le sommeil comme l'oubli ne cessent de se dérober. Déroutante mémoire traumatique qui fait coexister oubli des faits récents, voire des "absences", et hypermnésies comme un "trop de mémoire" : la sidération et l'effroi figent le sujet dans un "arrêt sur image". Ce « mouvement immobile » [8] de la répétition mortifère qui fige les pensées et les affects et bloque la parole peut venir entraver la capacité des exilés, tout particulièrement les demandeurs d'asile, à mettre en récit leur parcours d'exil auprès des instances administratives de l'asile que sont l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra) et la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), et ce d'autant qu'elles intimement aux requérants à cette protection internationale de « tout raconter afin de prouver » [5].

Les conditions d'accueil en France et le contexte de la demande d'asile induisent une précarité sociale et administrative que nous devons prendre en

Notes

¹ Fondé en 1979 par des membres d'Amnesty International, de la Cimade et du Groupe accueil solidarité (GAS), le Comede naît avec la mission d'agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits. En près de quarante ans, il a soigné et accompagné près de 150 000 personnes de plus de 150 nationalités dans le cadre de ces différents dispositifs principalement au sein des consultations pluridisciplinaires et des permanences téléphoniques. Le Comede accueille dans son centre de santé des personnes vivant l'expérience de l'exil.

² Le centre de santé du Comede a accueilli 2 361 personnes en 2017 (file active) dont 32 % de femmes.

³ Tous les antécédents de violence sont entendus dans le pays d'origine, lors du voyage et en France jusqu'à la première consultation au Comede.

⁴ Ayant une langue "maternelle" autre que le français.

⁵ Nous avons choisi au Comede d'utiliser ce vocable "violences liées au genre" plutôt que "violences faites aux femmes" ou "violences sexuelles" afin de mieux prendre en compte toutes les violences qui trouvent leur source dans un système global d'inégalité entre hommes et femmes. Sont intégrés dans la catégorie "violences liées au genre" les violences sexuelles à l'égard des hommes et des femmes – les viols notamment –, les violences spécifiques à l'égard des femmes (mutilations sexuelles, violence dans le cadre familial) ainsi que les violences liées à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle (viols correctifs, persécutions des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transsexuelles et intersexes – [LGBTI]).

⁶ PTSD, acronyme anglais du vocable "état de stress post-traumatique".

Références

- [1] Wolmark L. Les lieux de l'exil. Subjectivités dans l'espace thérapeutique. *Journal des anthropologues*. 2018;(HS):197-212.
- [2] Peres G. Ellis Island. Paris: Éditions POL; 1995.
- [3] Comité pour la santé des exilés (Comede). Rapport d'activité et d'observation 2018 du Comede. Le Kremlin Bicêtre: Comede; 2018. www.comede.org/wp-content/uploads/2018/06/Rapport-Activit%C3%A9-2018.pdf
- [4] Veisse A, Wolmark L, Revault P et al. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(19-20):405-14.
- [5] Pestre E. La vie psychique des réfugiés. Paris: Éditions Payot; 2014.
- [6] Dufourmantelle A. L'hospitalité, une valeur universelle ? *Insistance*. 2012;(8).
- [7] Tourn L. Chemin de l'exil. Vers une identité ouverte. Paris: Éditions Campagne Première; 2009.
- [8] Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris: Éditions Dunod; 2015.
- [9] Assoun PL. Précarité du sujet, objet de la demande. *Préjudice et précarité à l'épreuve de la psychanalyse. Cliniques méditerranéennes*. 2005;(72):7-16.
- [10] Vinâr M. L'accueil du traumatique. Exil et torture. *L'espace analytique*. Paris: Denoël; 1989. p. 87-95.
- [11] Zaltzman N. L'impact des mots. *Topique*. 2006;(96):85-91.
- [12] Zaltzman N. Préface. In: *La résistance de l'humain*. coll. Petite collection de psychanalyse. Paris: PUF; 1999. p. 1-4.
- [13] Wolmark L. Dépossessions, actes et paroles dans la clinique de l'exil. *Les Cahiers de Rhizome*. 2017;(63):14-20.
- [14] Lhuillier D. L'accompagnement : entre idéalisation, épuisement et créativité. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2018;(25): 111-30.

Pour en savoir plus

- BEH. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(19-20):373-436.
- Wolmark L, Cossart M, Nguyen A. Le rire de l'interprète. *Les Cahiers de Rhizome*. 2015;(55):61-9.

compte dans la clinique et dans la compréhension des troubles psychiques dont souffrent nos patients. L'absence durable de statut administratif et juridique les plonge dans une précarité qui revient « pratiquement à suspendre son être à un formulaire » [9]. Ainsi, par exemple, les pertes de sommeil et d'appétit doivent-elles être considérées comme les symptômes d'un épisode dépressif ou comme des conséquences de cette vie "à la rue" dans une situation chronique d'insécurité physique et psychique ?

Conclusion

Pour le Comede, dont la mission est de promouvoir la santé des exilés, de défendre leurs droits et de lutter contre les inégalités sociales de santé, il apparaît essentiel, tout particulièrement dans l'espace psychothérapeutique, d'offrir aux patients un espace d'expression en présence d'un interprète quand cela est nécessaire. C'est une indispensable nécessité pour celles et ceux que l'expérience de l'exil contraint à s'exprimer dans une langue autre

que celle dans laquelle elles et ils ont « toujours vécu et pensé » [7]. Mais au-delà de la dimension culturelle de la langue, « l'accueil du traumatique » [10] en tant qu'invitation à une mise en pensées et en paroles du trauma et de l'exil ne peut se faire sans « la langue et ses mots » [11]. Dans cette perspective, nous considérons que la langue est indissociable de la culture en tant qu'« ensemble de représentations inconscientes qui intercèdent entre l'homme et lui-même, entre chacun et les autres. Elle est ce que chaque histoire singulière transfigure et ce qui traverse chacun » [12]. Ainsi, tout comme nous n'envisageons pas la compréhension des troubles psychiques dont souffrent nos patients sans prise en compte de leur vécu de précarité et d'exclusion, nous ne pouvons penser les « actes de parole dans la relation de soin » [13] comme étant exempts de la manière dont le « politique agit sur leur vie » [13] mais aussi sur la nôtre, en tant que thérapeutes, qui ne saurions être des "réceptacles passifs" des « traitements et des parcours deshumanisants » [14] dont ils sont l'objet. •

Il apparaît essentiel d'offrir aux patients un interprète quand cela est nécessaire