



pro mente sana

septembre 2006

Lettre trimestrielle N° 33

ASILE ET VICTIMES DE TRAUMATISMES: le parcours du combattant

Réflexions de thérapeutes à propos du traitement des requérants d'asile

Appartenances est une organisation qui offre un dispositif de prise en charge psychothérapeutique et de soutien aux migrants, particulièrement les victimes de traumatismes liés aux violences collectives générées par des guerres, des conflits internes, communautaires ou sociaux. Active dans le canton de Vaud depuis bientôt une quinzaine d'années et à Genève depuis huit ans, cette association accueille, pour des consultations individuelles, de groupes, de couple ou familiale, des enfants, des adolescents, et des adultes venant du monde entier.

A l'heure de voter sur les modifications de la loi sur l'asile et la loi sur les étrangers, il nous a semblé opportun de laisser la plume à trois professionnels d'Appartenances Genève, Delphine Bercher, Géraldine Hatt et Olivier Strasser, qui nous livrent quelques réflexions suscitées par leur travail thérapeutique auprès des personnes qui demandent l'asile en Suisse. Nous souhaitons ainsi contribuer à rendre plus intelligible une réalité qui, parfois, peut nous paraître lointaine.

Pro Mente Sana

Traumatisme

Il faut souligner en premier lieu que, parmi tous les traumatismes, ceux infligés intentionnellement par l'homme ont le retentissement le plus catastrophique sur le psychisme de l'individu et le fonctionnement familial ou communautaire. Les génocidaires visent à rayer de la carte une population entière, physiquement, psychologiquement, culturellement, en la rejetant hors de l'humanité, de la pensée et de la mémoire.

Les méthodes des bourreaux se ressemblent toutes d'un point de vue: elles visent à la déshumanisation et à l'anéantissement de la victime, même si celle-ci devait survivre. La stratégie des viols collectifs des femmes vise à détruire le lien social en jouant sur les mécanismes culturels qui visent normalement à maintenir l'intégrité de la famille: les victimes sont réduites à la honte qui est traditionnellement réservée aux femmes adultères, aux prostituées, et encourent la répudiation par leurs proches. Le discours du bourreau («maintenant tu es notre femme et tes enfants seront les nôtres») est ainsi relayé à la fois à l'intérieur de la personne et au sein de sa communauté. L'effet en est l'aliénation sous sa forme la plus pure et la plus puissante.

Dans le cadre des guerres de la fin du XX^e siècle, qui ont affecté les personnes que nous prenons en traitement, originaires des Balkans, du Congo, de Tchétchénie ou de Somalie, le traumatisme a été subi de manière répétée

sous diverses formes, souvent durant des années, et c'est cette accumulation qui finit par faire craquer même ceux qui paraissent les plus solides et les plus sains.

Stress post-traumatique

Les traumatismes de cette nature donnent lieu à toutes sortes de symptômes handicapants qui ont de fortes chances d'être sous-estimés par l'entourage, dans un premier temps du moins.

La personne, la famille, la collectivité se mettent en effet «sur pilote automatique» aussi longtemps que tous les actes et toutes les pensées sont tendus uniquement vers la survie immédiate.

On assiste souvent à l'apparition du syndrome dans un deuxième temps, des mois, voire des années après, lorsque certaines conditions de sécurité sont à nouveau réunies, et qu'il reste du temps pour se remettre à penser et à chercher le fil de son existence (on a d'ailleurs appelé ce délai «temps de méditation» du traumatisme).

La tension intérieure se met alors à monter, et la personne se trouve démunie devant un cortège de manifestations très gênantes, en particulier:

- Rémiscences involontaires, répétées, envahissantes des événements traumatiques («flashes-back»), qui s'imposent à tout moment dans la vie quotidienne et entraînent des angoisses mal surmontables.

- Cauchemars qui remettent en scène les conditions dans lesquelles les violences ont été subies, avec un réalisme surprenant.

« Je suis en train de devenir fou », pense alors la personne – et en effet il y a souvent des moments de perte de contact avec la réalité (dissociation), de sentiments d'étrangeté, et des comportements qui paraîtraient absurdes dans un contexte ordinaire : se retourner sans cesse pour vérifier qu'on n'est pas suivi par son bourreau, entendre le bruit de ses pas, sursauter à chaque bruit.

Pour toutes sortes de raisons, elle va dès lors avoir tendance à cacher ce qui lui arrive : honte d'avoir craqué, peur de contaminer ses proches, stigmates liés à la nature des violences subies (viol en particulier), trouble profond causé par sa propre irritabilité, avec parfois des violences commises à l'égard des proches, par impulsions, qui donnent l'impression une fois encore d'être sorti de l'humanité en devenant soi-même un tortionnaire, ce qui débouche sur des sentiments de culpabilité et de désespoir.

La dynamique familiale, surtout lorsque tous ou plusieurs des membres ont subi des violences, va fortement s'en ressentir. Une atmosphère lourde de silence, de secret, de souffrance individuelle, va s'instaurer au nom du maintien à tout prix de l'unité familiale menacée d'éclatement par les traumatismes subis, la migration forcée et non choisie et par la situation souvent très difficile dans le pays d'accueil. Les stress extérieurs, et surtout ceux qui, même involontairement, répètent un scénario de violence interpersonnelle, vont souvent être vécus comme une nouvelle persécution, voire une nouvelle preuve, accablante, que l'on ne vaut rien, que l'on est à jamais banni de l'humanité, que l'ennemi a gagné pour toujours.

La pensée est bloquée, la parole ne circule plus, la mémoire est comme congelée depuis l'instant des faits, et le sentiment d'appartenance à toute forme de communauté ou de culture est rompu. Le corps s'en ressent, tombe malade, ou devient à son tour le lieu de souffrances que la médecine n'explique pas : maux de tête, tension dans les muscles, tremblements, malaises d'allure cardiaque qui se répètent et entraînent une impression de mort imminente, mais dont les examens médicaux démentent la nature organique.

Après un parcours prolongé d'examens médicaux infructueux, la personne va se voir infliger, comme une concrétisation de ses pensées les plus noires, un aveu d'impuissance de la part de ses médecins, et proposer une prise en charge psychothérapique : « Voilà, j'ai souffert pendant la guerre, et maintenant on dit que je suis devenu fou, et on m'envoie vous consulter », disent parfois, en pleine détresse, ceux qui nous sont envoyés comme des patients « psychiatriques », le plus souvent après des mois de négociations laborieuses, mais qui ont retenu de leur itinéraire médical un sentiment de désaveu et un rejet.

Résilience

« A chaque poison son antidote », disaient les Anciens pour illustrer d'une manière holistique les étonnantes facultés de dépassement de soi et de réparation, voire de rebondissement, de la nature et en l'occurrence de l'être humain, dans son entité physique, psychique, sociale et culturelle. C'est ce que désigne le terme de « résilience ».

La nature de cette force intérieure qui permet à certains de rebondir sur les malheurs les plus destructeurs n'est pas

bien connue. La personne ainsi « reconstruite » acquiert souvent une nouvelle vision de la vie et des compétences spéciales dans la seconde partie de son existence (des études sur les rescapés de la Shoah l'ont illustré). En revanche, il subsiste certaines lignes de fracture : persistance de symptômes tels que cauchemars, troubles des émotions et une incidence plus élevée de suicide (comme on l'a vu chez des survivants célèbres : Bruno Bettelheim, Primo Levi).

L'intérêt porté ces dernières décennies à ce phénomène débouche sur quelques constatations encore préliminaires. Il se produit beaucoup plus fréquemment qu'on ne le pensait par le passé. Il s'agit d'une ressource dont l'origine n'est ni génétique ni construite à l'avance chez le sujet. Son éclosion et son succès ne sont donc pas prévisibles pour un individu donné. On peut se montrer résilient à certaines périodes de la vie ou vis-à-vis de certains traumatismes, et non dans d'autres temps et d'autres circonstances.

La priorité sera donc à tous les niveaux de favoriser au maximum la tendance à la résilience, que ce soit au niveau individuel, familial ou communautaire.

Il y a consensus pour désigner certains facteurs favorables, qui constituent autant de recommandations pour les autorités et les décideurs en santé mentale publique.

Nous ne citerons que quelques exemples :

- Restauration autant que possible du sentiment de maîtrise sur son propre destin, avec un contexte suffisamment stable et prévisible qui offre les repères sur lesquels construire une nouvelle vision d'un « après-traumatisme ».
- Restauration du lien social et émotionnel avec les proches, la communauté, la société environnante, qui permettra de rétablir le sens de son identité, de sa permanence et de sa valeur au fil du temps.
- Pour les enfants, importance du rôle des parents et des adultes significatifs en tant que modèles de rôles ; importance du soutien par le groupe des pairs.

Principes et pratiques cliniques

Nous n'envisageons donc pas l'état de stress post-traumatique comme une « pathologie » à jamais figée, ni limitée au seul individu. La dimension transpersonnelle, familiale et collective est très importante à considérer. Sur le plan du traitement psychologique, nous sommes amenés à une « pratique engagée », une « clinique du lien », qui ne fera pas abstraction du contexte social et matériel des personnes qui s'adressent à nous.

La population que nous traitons est composée de beaucoup de jeunes adultes entre 20 et 40 ans, accompagnés de leurs enfants. Beaucoup ont eu un temps prolongé d'exposition à des traumatismes avant l'émigration. La plupart, telles les personnes venant de l'ex-Yougoslavie, ont vécu pendant des années dans un contexte de guerre avec son cortège de terreur, de menaces pour leur vie et pour celle de leurs proches, de pertes, de blessures physiques et psychiques, de disparitions et deuils multiples. Ces années ne sont pas uniquement celles du temps du conflit ouvert, mais, pour beaucoup de familles, elles comprennent également celles de l'après-guerre.

A la fin des hostilités, beaucoup ont tenté de rester dans leur pays plutôt que d'émigrer. Le défi était de repartir de zéro ou moins encore. Souvent, du fait de certaines clau-

ses des accords de paix, ces personnes étaient déplacées à l'intérieur du territoire (cf. enclaves, redistributions, etc.). Les deuils multiples et les conséquences de la guerre sur la société civile produisaient une déstructuration des dynamiques de la communauté, avec pour effet une perte des mécanismes de solidarité, et chacun se trouvait donc plus isolé face à ces exigences nouvelles.

Après des échecs répétés d'adaptation sur place, après de nouvelles menaces d'expulsion et de déplacement forcé, après avoir usé de leurs dernières ressources économiques et psychiques, elles décident d'émigrer.

Nous observons que ces familles qui arrivent tardivement sont dans un état psychique encore plus inquiétant que leurs compatriotes arrivés pendant la guerre ou juste après. Les symptômes qu'elles présentent témoignent d'un état de stress post-traumatique chronique et sévère, en raison d'une confrontation à des événements hors du commun suivis d'une période prolongée de survie dans un environnement hostile à l'éclosion de leurs capacités de résilience. Cet environnement était instable et dénué de sécurité élémentaire.

On constate alors un syndrome d'épuisement généralisé, et notre pratique nous montre que de nombreuses années seront nécessaires pour espérer une amélioration : un travail essentiel de reconstruction, lent et complexe, qui nécessite des approches complémentaires à différents niveaux (individuel, familial, de réseau, somatique, social, juridique, etc.).

« Antirésilience »

Une fois arrivés en Suisse, après un voyage effectué dans des conditions difficilement imaginables, malgré les récits que les médias relaient assez souvent, le parcours est loin d'être terminé.

Le *no man's land* administratif et juridique

La première ambiguïté destructrice, facteur d'« antirésilience », est constituée par l'aspect juridique et administratif qui va conditionner, puis structurer leur existence en exil. Ils vont se retrouver immédiatement englués dans un « *no man's land* » qui exclura tout sentiment de maîtrise sur leur destin, de sécurité personnelle et familiale, et gèlera durablement leur capacité à se projeter dans un quelconque avenir.

En effet, à l'issue d'une longue évolution historique, la structure légale de l'accueil de tels migrants n'est pas adaptée à leur situation particulière. Poussés par la nécessité de survivre, ils ont pour seule possibilité légale de demander l'asile politique. La loi sur l'asile contient des critères précis, tels que le fait d'être persécuté et/ou non protégé par son propre Etat d'origine en raison d'appartenances ethniques, religieuses, politiques, etc. Elle requiert des preuves concrètes concernant les persécutions alléguées. La plupart ne seront pas en mesure de satisfaire à ces conditions.

Ils ne sont pas non plus des immigrés économiques au sens strict du terme. Ils n'ont guère pu se préparer à affronter le marché du travail d'un pays lointain dont ils ne parlent pas la langue. Ils ne sont pas et ne veulent pas être des clandestins. Leur migration n'est pas choisie, mais forcée et dictée par des circonstances qui sont souvent difficiles à démontrer et à comprendre pour un citoyen d'un pays en paix.

Ni cru ni reconnu

Lors des auditions qui se déroulent dès l'arrivée en Suisse, beaucoup sont encore dans un état d'épuisement et de sidération avancé. Certains ne supportent pas la situation même de l'interrogatoire, qui leur rappelle des expériences dans des casernes ou des camps de concentration, où celui-ci était suivi de tortures et de sévices.

Autour du souvenir de l'événement le plus traumatique, des liens sont rompus avec la mémoire ordinaire, le discours devient imprécis, la personne se dissocie et devient indifférente au déroulement de son audition, car son esprit se trouve captif ailleurs. Cela constitue une des caractéristiques propres à l'histoire naturelle de l'état de stress post-traumatique – et qui va directement à l'encontre de la défense de leur demande de protection.

Dans l'Histoire, les soldats traumatisés ont été systématiquement déclarés des lâches et des simulateurs. Quand on ne les faisait pas passer devant une cour martiale, la pratique courante était de les renvoyer au front au plus vite.

La Première Guerre mondiale a ainsi vu les psychiatres militaires assigner les blessés à des hôpitaux de campagne situés à la limite du front, afin qu'ils ne cessent d'entendre le bruit des obus pendant leur convalescence, et ainsi ne se désaccoutument pas du voisinage de la guerre et de la mort. D'autres ont appliqué divers « programmes de dissuasion » afin d'obtenir le retour volontaire au front – y compris des privations et des chocs électriques.

Sans vouloir ici forcer le trait, on trouve des analogies dans certains « discours d'experts », cités hors contexte dans des décisions de renvoi, et qui préconisaient le retour immédiat dans le pays et la communauté d'origine comme la meilleure des psychothérapies, en faisant abstraction de toute considération de sécurité et de dignité.

L'asile sur ordonnance

Il est fort heureux que la définition moderne de l'état de stress post-traumatique ait été reconnue comme un diagnostic sérieux par les autorités de l'asile, qui accordent assez souvent une admission provisoire pour raisons médicales.

Cependant, comme dans d'autres domaines en santé mentale, la structure des classifications diagnostiques n'est pas appropriée à l'usage qui en est fait, et cela engendre des problèmes de méthode qui peuvent aboutir à des décisions de renvoi par interprétation trop stricte de cette « étiquette » diagnostique.

La définition pertinente du traumatisme, sur le plan du fonctionnement psychique, inclut aussi les violences symboliques – par exemple, le fait d'avoir été témoin impuissant d'exactions subies par d'autres.

Un tel « traumatisme vicariant » est bien reconnu chez les pompiers et les sauveteurs, mais les classifications internationales (DSM-IV) persistent à exiger, comme critère pour l'état de stress post-traumatique, un événement d'une gravité exceptionnelle menaçant la vie et l'intégrité du sujet lui-même.

Beaucoup de requérants, en l'absence de traces probantes de torture sur leur corps ou de documents qui confirment leurs dires, ne parviennent pas à démontrer l'existence d'un tel événement, et sont souvent considérés comme des simulateurs.

Il n'est pas rare, comme il a déjà été mentionné, que l'aveu des sévices subis, surtout quand il s'agit d'un viol

ou d'une autre humiliation majeure, n'intervienne que plusieurs années après l'arrivée en Suisse. De notre point de vue de psychothérapeutes, cela se produit dans le contexte du traitement que nous effectuons. La possibilité que nous avons alors d'en avertir les autorités de l'asile par le biais d'un rapport médical permet idéalement de restaurer une parole qui n'a pu être énoncée en temps voulu, mais place les uns et les autres dans une situation délicate.

Le fait même que cela nécessite au préalable une bonne alliance entre la personne et nous-mêmes, au moment où nos rapports médicaux sont demandés et lus par les collaborateurs de l'Office fédéral des migrations ou les juges de la Commission de recours en matière d'asile, a tendance à faire diminuer leur valeur de preuve, jetant un discrédit sur ce qui est qualifié d'«allégations tardives» dans le cadre de la procédure.

La précarité administrative: au jour le jour

Sans revenir ici sur les récents développements de la politique d'asile (avec les «non-entrées en matière» et la suspension de l'aide sociale en particulier), il convient de relever que le système appliqué dans les années précédentes n'était pas non plus satisfaisant, car il empêchait tout sentiment de stabilité et de permanence, donc toute projection dans l'avenir.

Le permis N est octroyé aux personnes en cours de procédure d'asile et en attendant l'issue de celle-ci, souvent après plusieurs années. Si elle débouche sur un renvoi, celui-ci est exécutable en l'espace de quelques semaines et s'accompagne de l'interdiction de travailler. Chaque requérant connaît directement ou par oui-dire des situations de renvoi forcé et demeure à l'écoute de toutes sortes de rumeurs alarmantes, ce qui n'améliore en rien l'état de ceux qui souffrent d'un état de stress post-traumatique. Si l'obtention d'un permis F pour «raisons médicales» constitue un compromis souvent reçu avec soulagement dans un premier temps, il faut se rendre à l'évidence que cela comporte aussi des limitations qui perpétuent la situation de précarité et d'attente indéfinie. En effet, l'octroi d'un permis F implique que la demande d'asile a été rejetée, mais que le renvoi est pour l'instant considéré comme inexigible. Si le séjour en Suisse dépend du renouvellement d'un rapport médical faisant état d'une maladie persistante, et qui sera demandé systématiquement après une année ou deux par les autorités, cela n'est guère motivant pour la personne en termes de guérison, d'activité professionnelle, et d'intégration, puisqu'elle sait qu'elle risque d'être renvoyée le jour où elle ne sera plus déclarée malade.

Discriminations liées aux permis N et F

Le fait de posséder un permis de séjour de type N ou F entraîne de nombreux désavantages en raison du caractère précaire du statut: sur le marché du travail, il en découle souvent l'impossibilité de se faire engager, ou alors le confinement dans les emplois les moins qualifiés et les plus mal payés (nettoyage). Cela produit toutes sor-

tes de contresens et de perturbations. Travaillant à plein temps, des pères de famille n'arrivent pas à s'émanciper de l'aide sociale. D'autres, qui sont au bénéfice d'une formation technique ou supérieure, n'ont pas l'accès au travail dans les branches où ils seraient le plus productifs, mieux valorisés et plus motivés pour se reconstruire. Certains, déjà âgés ou malades, ne parviennent pas à s'adapter aux cadences extrêmes qui leur sont imposées dans l'industrie hôtelière ou du nettoyage. Il s'ensuit un cortège d'humiliations, de déceptions, de sentiments de rejet.

Ces statuts s'assortissent également de limitations et d'interdictions diverses, dont les citoyens suisses n'ont souvent pas la notion.

L'interdiction de sortir du territoire suisse entraîne des conséquences familiales et relationnelles qui peuvent devenir parfois critiques. Régulièrement, nous voyons des personnes qui ont été ainsi empêchées de se rendre au chevet et aux funérailles d'un proche, et qui ont ensuite toutes les difficultés à opérer leur travail de deuil.

L'interdiction de posséder un abonnement ou une carte de téléphone portable pour les permis N et F découle d'un règlement en vigueur depuis fin 2004. Cette interdiction a été contournée par le fait que des personnes à permis de séjour stable acceptent de prendre un abonnement de plus à leur nom pour dépanner un compatriote ou un membre de la famille. Appliquée strictement, elle impliquerait la perte de leur emploi pour la majorité des personnes que nous suivons, qui travaillent sur appel.

Conclusion

La liste des «facteurs d'antirésilience» que nous repérons dans l'environnement des requérants d'asile traumatisés serait longue, mais d'une certaine manière répétitive. Il s'agit en effet à chaque fois d'une situation de dépendance forcée, de précarité, de discrimination et d'invisibilité qui va à l'encontre des intérêts de leur santé.

En tant que thérapeutes, psychologues et médecins, nous ne pouvons que témoigner ici de la toxicité de beaucoup d'aspects de l'accueil qui est réservé aux requérants d'asile dans notre pays et ce d'une manière de plus en plus systématique et préoccupante depuis quelques années.

Nous sommes convaincus que les points relevés ici, parmi d'autres, ont une influence négative dans le court et le long terme sur leur santé psychique et physique, leur consommation de soins, et aussi leur capacité à s'intégrer de manière équilibrée et productive dans notre pays.

*Delphine Bercher, Géraldine Hatt, psychologues, et
Olivier Strasser, psychiatre.*
Appartenances Genève

Lettre trimestrielle de l'association romande Pro Mente Sana

Rue des Vollandes 40 – 1207 Genève – Tél.: 022 718 78 40 – Fax: 022 718 78 49 – CCP 17-126 679-4
Courriel: info@promentesana.org – www.promentesana.org