

mémoires



DOSSIER

Le psychotraumatisme chez les exilés

Blessure, corps et âme

CENTRE
PRIMO LEVI
VIVRE APRÈS
LA TORTURE

REVUE D'INFORMATION

N° 73
SEPTEMBRE 2018

prix : 8 €

Édito

Les blessures réfléchissent

Dis-moi qui t'a blessé, je te dirai d'où tu viens.

Dis-moi ce qui te blesse, je te dirai qui tu es.

Soigner c'est comprendre, soigner c'est apprendre.

Ce numéro de Mémoires décrit de façon très concrète le métier du Centre Primo Levi et donne le sens profond de son action et de son utilité.

L'être humain est irréductible.

Toute tentative de le réduire à un corps, pour des raisons pratiques ou idéologiques, porte atteinte à sa dignité et à son intégrité, aboutit à un moindre soin.

Son esprit peut, comme le corps, subir un choc, il peut être blessé et donc soigné.

Ce sont des soignants qui l'ont appris de ceux qui revenaient de la guerre du Vietnam.

Puis ils ont témoigné, et ils se sont battus pour faire admettre cette idée qu'il existe des blessures psychiques, qu'il existe un « psychotrauma ».

A propos d'une personne qui revient traumatisée d'une zone de conflit, on ne dit plus « un lâche » ou « un faible », on dit « un patient ».

Le soin est une science humaine et une science politique.

Le Centre Primo Levi s'inscrit dans cette lignée en se battant au quotidien contre toute tentative de simplifier, de standardiser, d'accélérer, d'exclure et donc de réduire le soin en qualité et en dignité.

Les personnes exilées victimes de la violence politique que nous soignons au Centre Primo Levi nous invitent à un dialogue singulier entre la blessure et le blessé, à une réflexion qui est au cœur du message de Primo Levi sur l'homme irréductible confronté à la violence éternelle.

C'est l'iniquité et l'unicité de cette violence qu'il faudra décrypter, démêler, apaiser, soigner avec au cœur la modestie de celui qui sait qu'on ne pourra pas réécrire l'histoire, avec au cœur cet idéal que ce soin est un chemin de paix.

Le Centre Primo Levi a fait le choix d'inscrire la psychanalyse au cœur du soin, comme une démarche scientifique et clinique, réfléchie, inscrite dans un temps long, profond et individualisé. C'est un choix essentiel.

Le Centre Primo Levi a aussi fait le choix du croisement des pratiques et des savoirs autour du patient et avec lui.

La bonne mesure du soin, c'est le « sur mesure ».

Celui qui a été complètement dénudé, dont l'existence ne tient plus qu'à un fil, il nous appartient de le revêtir du plus ajusté des costumes, pour l'aider à vivre la suite de son histoire.

Antoine Ricard, Président du Centre Primo Levi

Centre Primo Levi

107, avenue Parmentier
75011 Paris
www.primolevi.org

Directeur de la publication :
Antoine Ricard

Rédactrice en chef : Marie Daniès

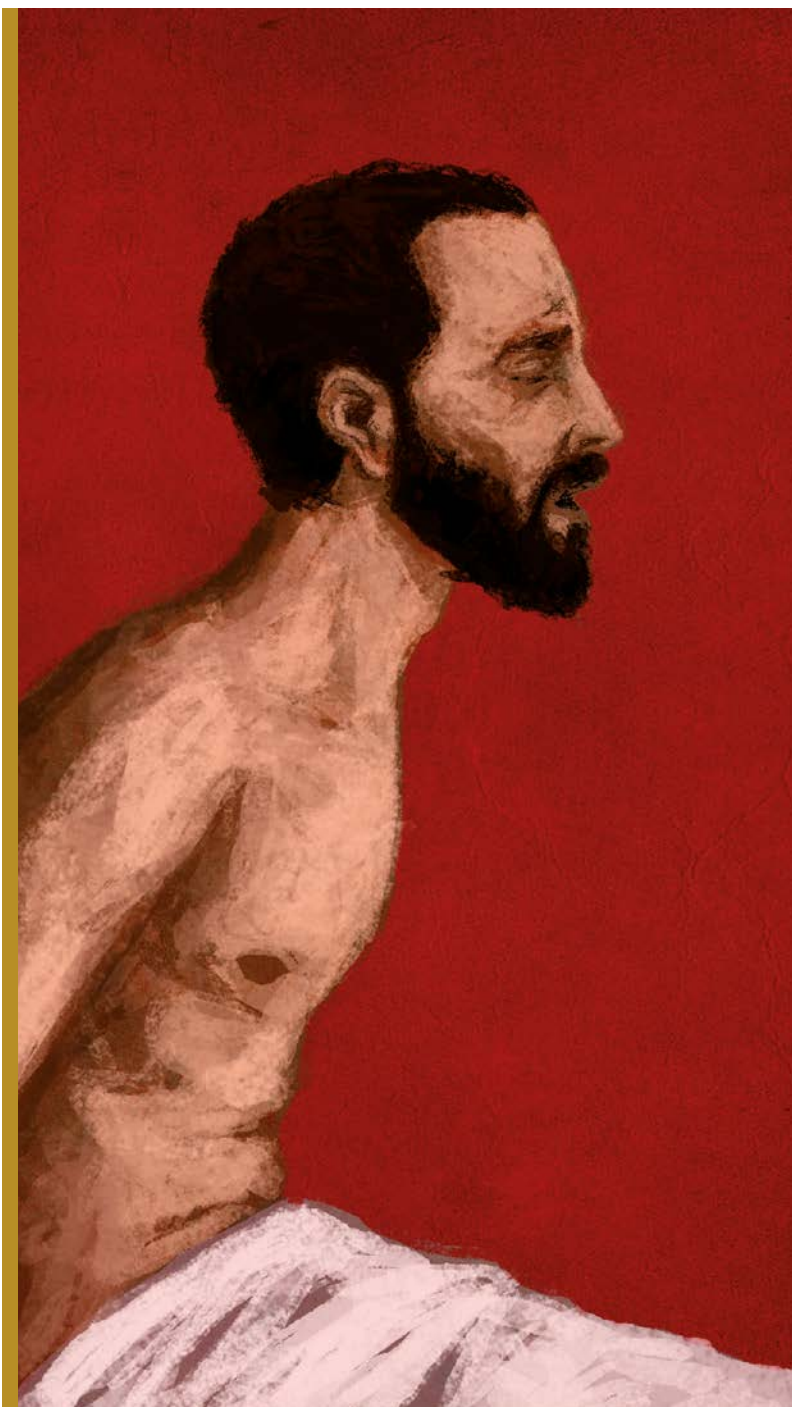
Comité de rédaction :
Sibel Agrali, Claudine Claux,
Omar Guerrero, Aurélia Malhou,
Eléonore Morel, Élise Plessis,
Jacky Roptin et Joséphine Vuillard

Ont également participé à ce numéro : Jacques Blain, Armando Cote, Pamela Der Antonian, Marion Gachet Dieuzeide (Défends ta citoyenneté), Gilles Piquois, Richard Rechtman, Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky

Les œuvres illustrant ce numéro sont de : Jean-Christophe Lie

Conception/réalisation :
advitam | advitam.org | 01 53 17 30 40
Imprimeur : Imprimerie Jean-Bernard
ZA Ravennes les Francs
Rue d'Amsterdam - 59910 Bondues
Dépôt légal : septembre 2018
ISSN 1763-5985
Revue d'information -
3 numéros par an

Sommaire



DOSSIER

Le psychotraumatisme chez les exilés

P. 5

Le psychotrauma : effets, risques et enjeux

.....

P. 8

Traumatisme et PTSD : une liaison dangereuse

.....

P. 11

Pourquoi la psychanalyse?

.....

P. 14

Le traumatisme pour faire entendre une cause

.....

P. 16

Le corps traumatisé

.....

P. 18

Taire l'indicible : honte et culpabilité

.....

P. 19

Traumatisme, rupture du lien social et désaffiliation

.....

P. 20

La fin du droit d'asile?

.....

P. 21

La pluridisciplinarité comme cadre de travail

ENFANTS ET FAMILLES

P. 22

Adolescence, errance et traumatisme

REGARDS

P. 25

L'organisation citoyenne pour soutenir les migrants

E(N)CART SOCIAL

P. 26

L'irrigation



DOSSIER

N'est pas traumatisé qui veut

Comment se fait-il que deux personnes qui ont subi ou ont assisté à des mêmes scènes de violences puissent être pour l'une traumatisée et pour l'autre non ? Comment l'un peut être désorganisé par un événement indéniablement traumatique, alors que l'autre ne connaît pas de difficultés repérables dans sa vie quotidienne ? Ces questions nous ramènent à la singularité de chacun et à l'impossibilité de généraliser sur ce qui fait «trauma» ainsi que, par extension, sur la manière de le prendre en charge.

Pour le Centre Primo Levi, le traumatisme se dédouble : le coup du trauma s'articule à l'après-coup de son interprétation (consciente ou inconsciente) par la personne et de celle des enjeux intimes de ce qui lui est arrivé. D'où l'importance d'écouter la personne avec son histoire, les liens qu'elle a tissés, ses affects, la place qu'elle s'est donnée, etc. qui ne peuvent bien évidemment pas être similaires à un autre, y compris dans une fratrie. Il nous a malgré tout semblé important de partir du DSM, ce

manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, qui permet à tout soignant d'échanger et de se comprendre dans un langage commun. Car il présente clairement la symptomatologie du traumatisme. Mais pour dépasser l'aspect légèrement réducteur de ces symptômes, nous avons aussi souhaité mettre en avant ce qui par ailleurs est évacué par le DSM comme lieu du traumatisme – le lien à l'autre – et souligner l'importance d'autres affects tels que la honte et la culpabilité. Nous verrons comment une prise en charge d'orientation psychanalytique permet de traiter ce qui semblait indicible. Il ne s'agit pas tant de raconter les événements vécus que de restaurer une parole, un langage qui permet de parler

sans dévoiler ce qui est sans cesse revécu et ne cesse d'insister. Sans ce travail, ce n'est plus une histoire qui se transmet, mais un silence qui ouvre à toutes les épouvantes imaginables. L'enfant notamment peut alors se retrouver dans une forme d'errance psychique, sans réelle assise sur laquelle s'appuyer pour se construire. Afin d'apporter du recul à ce numéro qui portera principalement sur les aspects psychologiques et médicaux du traumatisme, nous avons voulu resituer dans quel discours et contexte sociohistorique duquel il participe, était prise cette notion du trauma. Car si les symptômes n'ont que peu changé depuis leur découverte, le discours social quant à lui, a beaucoup évolué. Nous verrons que ce qui peut sembler favorable



Le psycho- trauma: effets, risques et enjeux

Très présent dans le débat public au moment des vagues d'attentats en France de 2015-2017, le psychotraumatisme reste pourtant mal connu, y compris des professionnels. En s'appuyant sur la parole de soignants, le Centre Primo Levi et Médecins du Monde ont publié un rapport pour présenter en quoi il représente un enjeu de santé publique majeur.

aux personnes victimes, ne l'est pas forcément pour les demandeurs d'asile. Enfin, il nous a semblé important d'évoquer la place du professionnel face à ces récits empreints de souffrance. Celle-ci, de ce qu'elle vient interroger des fondements qui nous lient comme sujet, oblige aussi indéniablement à interroger notre fonctionnement mais aussi à articuler nos différentes pratiques. Ce qui permet à l'équipe du centre de soins de se réinventer au quotidien dans sa pratique fondée sur la pluridisciplinarité. Car on ne peut pas manquer d'être affecté par l'événement et le ressenti vécus par nos semblables.

Marie Daniès, rédactrice en chef

Le psychotraumatisme, appelé « état de stress post-traumatique » dans les classifications internationales et « névrose traumatique » dans la psychopathologie d'orientation analytique, fait l'objet de nombreux débats tant sur le plan clinique que politique. On s'accorde généralement à le définir comme l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques pouvant se développer chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique. Ces troubles peuvent s'installer durant des mois, des années voire toute une vie en l'absence de prise en charge. Le Centre Primo Levi continue ainsi à recevoir des personnes originaires, par exemple, du Cambodge ou d'Amérique latine, plusieurs décennies après les événements traumatiques.

Ces troubles entraînent une grande souffrance morale liée à un certain

nombre de symptômes dont les plus courants sont les suivants :

- Le *syndrome de reviviscence* peut se traduire par le fait d'être ramené brutalement à l'événement traumatique et de le revivre. Il est souvent déclenché par une expérience sensorielle (une sensation de douleur, un son tel que le bruit d'une porte qui claque, une image telle que la vue d'un uniforme de militaire dans la rue...). Il peut aussi se traduire par des flash-back, des rêves ou des cauchemars répétitifs.
- Le *syndrome d'évitement* désigne le fait d'éviter tout ce qui se rapporte au traumatisme et risque de rappeler l'événement : sentiments, sensations physiques, activités, endroits, objets, moments, personnes, conversations ou situations (par exemple, évitement de la foule ou des transports). Ce syndrome peut aller jusqu'à l'évitement de toute pensée et au développement d'un monde imaginaire. L'évitement

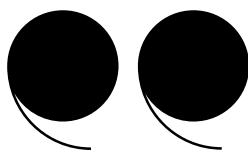
de toute situation douloureuse ou stressante peut entraîner l'érouissement des affects, le désinvestissement des relations interpersonnelles et la perte de l'anticipation positive de l'avenir.

- Le *syndrome dit « d'hyperactivité neuro-végétative »* désigne un état d'hypervigilance, d'alerte et de contrôle. Il peut se traduire par des sursauts, des insomnies, des réveils nocturnes, une hypersensibilité, une irritabilité, des colères explosives, des troubles de la concentration et de l'attention.

- Les *symptômes dissociatifs*, enfin, peuvent eux aussi prendre différentes formes : perte de conscience de l'environnement réel, amnésie dissociative, déréalisation, dépersonnalisation (sentiment d'être devenu un observateur de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps).

Les syndromes psychotraumatiques ont un impact sur la vie quotidienne des exilés, comme l'explique le Comité pour la Santé des exilés : « Le syndrome de répétition empêche l'inscription dans le présent, ainsi que la possibilité d'envisager l'avenir. Les nuits agitées ou trop courtes épuisent. La mémoire et la concentration sont défaillantes, les rendez-vous oubliés. C'est parfois tout le rapport au temps et à l'espace qui subit une altération, la découverte d'un nouvel environnement demandant à l'inverse de pouvoir se repérer et de mobiliser des ressources psychiques. Les personnes souffrent de ne pas « se reconnaître », de ne pas être en mesure de faire face aux exigences de témoignage et aux démarches qui leur sont demandées dans leur parcours d'exil. Cela accroît leur souffrance subjective et leur sentiment d'échec¹. »

Ces syndromes sont souvent associés à des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire, lesquels sont d'autant plus invalidants qu'ils peuvent avoir un impact sur l'apprentissage d'une nouvelle langue, sur les démarches administratives à effectuer ou encore sur la capacité des demandeurs d'asile à mettre en récit leur



En l'absence de prise en charge adaptée et de cadre protecteur, les effets risquent ainsi de rejaillir sur les proches

parcours d'exil devant l'Office français de protection des réfugiés et apatrides ou la Cour nationale du droit d'asile².

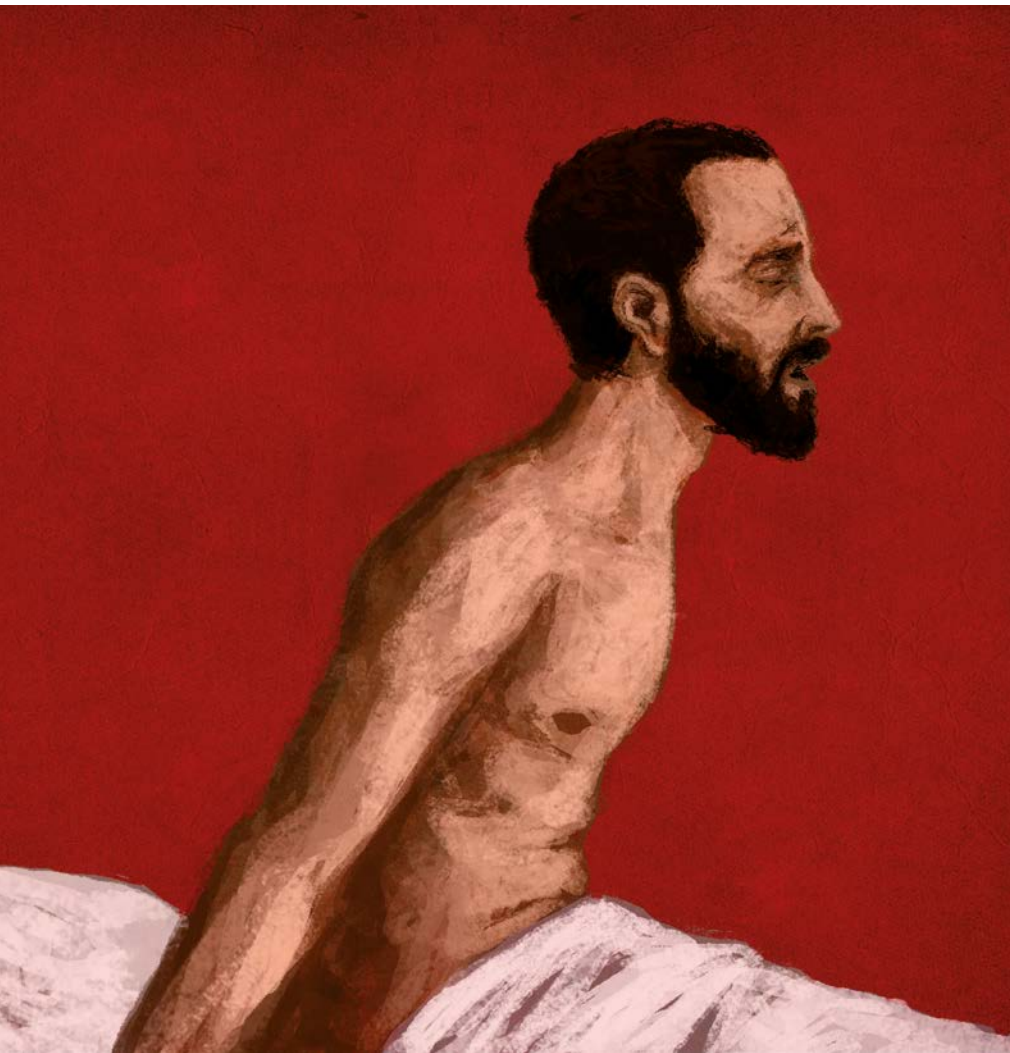
Une patiente du Centre Primo Levi, par exemple, était atteinte de graves troubles de la mémoire. La première fois qu'elle a parlé de ses enfants en consultation, elle a prononcé le prénom du premier, puis du deuxième. Mais au troisième, elle s'est arrêtée, incapable de s'en souvenir. Comme ça ne lui revenait pas, le psychologue l'a rassurée et lui a demandé le prénom du suivant. Même blanc. Celui du cinquième, en revanche, lui est venu tout de suite. Elle a fondu en larmes. Quelques semaines et quelques consultations plus tard, le psychologue s'est aperçu que les deux enfants dont cette patiente avait oublié les prénoms étaient précisément ceux qui avaient été témoins des violences qu'elle avait subies, cinq ans auparavant.

D'après le psychologue, « ça n'était pas ce que l'on appelle un « trou de mémoire » mais au contraire une trace de son inconscient. En effaçant leurs prénoms, son inconscient cherchait à protéger ses enfants de l'obscène et ainsi à restaurer l'ordre normal des choses ». Cet effet s'est manifesté en consultation, dans un climat de confiance. Mais dans une situation de stress comme à l'Ofpra ou à la CNDA, devant des personnes qui semblent n'avoir en tête que de chercher la faille, ce

genre d'effets est décuplé et entraîne un fort risque d'être débouté et expulsé.

Chez les personnes ayant vécu des situations traumatiques répétées, précoces ou des violences extrêmes, comme c'est le cas des patients du Centre Primo Levi, les syndromes psychotraumatiques prennent souvent une forme « complexe » : ils entraînent alors une modification profonde de la personnalité, une dérégulation des affects, des somatisations, et peuvent être rapprochés des états limites. Ils peuvent conduire jusqu'à des états délirants ou des épisodes de confusion mentale laissant parfois penser à un état psychotique, alors même qu'il n'y pas de décompensation d'un trouble psychotique constitué. Ceux-ci peuvent disparaître spontanément ou avec un traitement adapté. Dans certains cas, ils se chronicisent ou modifient profondément la personnalité.

Le risque de confusion entre syndromes psychotraumatiques et état psychotique pose un véritable problème de diagnostic et de prise en charge : les personnes présentant ce type de troubles sont généralement orientées vers des psychiatres qui, faute de temps et n'étant bien souvent pas formés aux effets du psychotrauma, auront pour réflexe de prescrire des antipsychotiques... alors que dans de nombreux cas, ces traitements risquent d'entraîner davantage de dommages que de soulagement³.



L'histoire de Madame K, rapportée par le psychologue du Centre Primo Levi qui l'a suivie, l'illustre parfaitement.

Cette patiente d'origine congolaise a été obligée de fuir son pays avec son enfant de trois ans, suite aux harcèlements constants puis aux agressions d'hommes

Les syndromes psychotraumatiques ont un impact sur la vie quotidienne des exilés.

en uniforme qui cherchaient son compagnon. À son arrivée en France, Madame K. décide de cacher sa souffrance et sa fragilité, de peur de devenir une proie: elle ne raconterait

à personne les séquelles des agressions. Déboutée par l'Ofpra, elle dépose tant bien que mal un recours auprès de la CNDA. Alors que son avocate cherche à la préparer à l'audience en la questionnant en détails sur son histoire, Madame K. vit cette « mise en situation » comme une replongée dans l'horreur des scènes traumatiques.

Une semaine plus tard, l'audience arrive. Madame K se prête à ce qu'elle appelle « l'interrogatoire », en répondant même aux questions les plus inattendues : la couleur des murs de la pièce où les sévices ont eu lieu, le nombre de personnes présentes... De cette longue séance hyperréaliste, elle sort épuisée.

La nuit suivante, les cauchemars reviennent l'assaillir. Persuadée d'être en

danger, elle cherche à quitter le foyer en plein milieu de la nuit, pieds nus, son enfant dans les bras. Pour calmer la situation, le personnel du foyer appelle les pompiers. Le médecin de garde décide d'hospitaliser Madame K. en psychiatrie. L'enfant est confié à l'Aide sociale à l'enfance et placé en famille d'accueil.

Madame K. n'était pas psychotique, même si le fait d'être ramenée brutalement à la scène traumatique a ponctuellement entraîné des symptômes qui le laissaient penser. Cette erreur de diagnostic a eu de graves conséquences pour elle et sa fille: elle a reçu un traitement médicamenteux lourd inadapté et sans suivi rapproché. Elle n'a pu revoir sa fille que six mois plus tard. La présentation de ce cas clinique permet de comprendre que si le PTSD tel qu'il est décrit dans le DSM⁴ peut servir de grille de lecture pour faciliter les échanges entre professionnels, il est indispensable de prendre de la distance et de singulariser les soins. C'est un enjeu d'autant plus important que le traumatisme a un effet « radioactif » : en l'absence de prise en charge adaptée et de cadre protecteur, les effets risquent ainsi de rejaillir sur les proches et les aidants et même de se transmettre aux générations suivantes⁵.

Depuis sa création, le Centre Primo Levi s'emploie à faire connaître ces effets et à faire valoir la nécessité d'une véritable politique de santé publique dans ce domaine. En juin 2018, le Ministère des Solidarités et de la Santé a lancé un appel à projet national pour l'identification d'une dizaine de « dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme ». C'est une première étape importante dans la reconnaissance de cet enjeu, même si elle s'annonce plus symbolique qu'effective.

Joséphine Vuillard, responsable communication / plaidoyer au Centre Primo Levi

1 Guide pratique pour les professionnels, Comede, 2015

2 Centre Primo Levi, Persécutés au pays, déboutés en France, 2016

3 Voir Mémoires n°67 Traumatisme... à la folie, 2016

4 Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders est l'un des deux principaux modèles de classification internationale des troubles mentaux

5 Centre Primo Levi, Enfants victimes de la violence et de la guerre: quel accueil en France?, 2014

Traumatisme et PTSD: une liaison dangereuse

Entre utilité sociale et impasse clinique

Le traumatisme psychique : entre reconnaissance et méconnaissance

Il est aujourd'hui difficile d'échapper au discours du trauma ou à son meilleur représentant, le PTSD (post traumatic stress disorder), tant les attentats des dernières années l'ont fait surgir des confins du monde occidental où il était cantonné. Pendant longtemps, ce discours était demeuré le miroir exclusif et fascinant de la réalité et du vocabulaire de la guerre, de l'urgence et de l'humanitaire. Il faut admettre désormais qu'à l'aube de ce XXI^{ème} siècle, il est devenu définitivement une grande figure de la modernité avec son cortège d'événements exceptionnels. Il faut y ajouter désormais la caméra et les retransmissions parfois en direct des événements, entretenant parfois une confusion entre le trouble traumatique et le sentiment commun de vulnérabilité (déjà lors des attentats du 11 septembre 2001).

Si le scepticisme est toujours de rigueur face aux tentatives internationales d'harmoniser les catégories syndromiques, l'évolution vers une meilleure prise en charge des psychotraumatismes est plus que souhaitable tant le coût humain, sociétal en termes de santé publique est démesuré.

Il n'y a en effet pas de prise en charge des malades sans des professionnels, des corps de métiers. Quelque part, ces personnes traumatisées ne seraient pas reconnues sans un certain cadre pour les identifier. Il est important

de rappeler que les descriptions des traumatismes ne sont pas nouvelles et ont été évoquées depuis l'Antiquité. Mais leur histoire rappelle que ces troubles ont été reconnus d'abord aux seuls combattants et non aux populations civiles, toujours suspectes en raison des bénéfices qu'elles pourraient en tirer. De plus, elles ont longtemps été considérées comme une faiblesse morale face aux blessures physiques et aux souffrances des peuples. On peut alors mesurer ce saut éthique qu'implique d'étendre aux blessures psychiques l'impact des événements violents de nos destinées contemporaines. Cette identification de « blessures invisibles » et cette reconnaissance de « normalité de ces réactions dans des situations exceptionnelles » sortent les victimes non seulement de l'oubli mais de la relégation et de la honte associée à ces symptômes traumatiques.

Dans le domaine de l'asile, on sait à quel point le trauma psychique a permis de réhabiliter un tant soit peu la figure du réfugié tant disqualifiée depuis de nombreuses décennies, au prix parfois d'une logique compassionnelle.

Cependant, l'adoption par le corps social et politique de ces notions, l'engouement qu'elles peuvent susciter, ne sont pas sans risque dans les politiques de santé et les pratiques de soin.

Une certaine expérience dans le champ humanitaire au sein de Médecins sans frontières me permet aujourd'hui de repérer certaines impasses de ce discours centré sur le PTSD et les logiques qui le sous-tendent. La réflexion autour du

trauma a débuté dans cette ONG à la fin des années 80 avec le tremblement de terre de Gumri en Arménie¹. Elle s'est progressivement étendue aux différents terrains opérationnels, des catastrophes naturelles aux situations de conflits. Ce soutien psychologique est ainsi inscrit aujourd'hui dans le panel de soin de nombreuses organisations internationales. Pourtant, si la psychiatrie humanitaire et l'intervention d'urgence ont offert, il faut le reconnaître, un terrain extrêmement fertile au développement d'une pratique centrée autour du trauma et participé à la nécessaire reconnaissance des blessures psychiques des populations victimes de violences politiques, elles ont été aussi celles où s'éprouvaient les risques et les limites de son exploitation.

Le traumatisme, un costume trop large pour le PTSD

En centrant notamment la description du trauma sur l'événement traumatique comme étant « constamment revécu par le patient », le PTSD en a fait le dénominateur commun des traumas (en citant les cauchemars, par exemple) et a relégué au second plan bon nombre d'autres conséquences psychologiques ou sociales. Or il ne représente pas, loin de là, toutes les pathologies post-traumatiques. Par exemple, après des années de violence chronique en Palestine, la symptomatologie s'était éloignée du modèle du PTSD. Je peux également citer le programme de prise en charge de femmes violées au Congo-Brazzaville, où nous avons observé une forte représentation de troubles anxieux et dépressifs majeurs, une faible présence de reviviscences et une prévalence de



En centrant la description du trauma sur l'événement traumatique, le PTSD en a fait le dénominateur commun des traumas et a relégué au second plan bon nombre d'autres conséquences psychologiques ou sociales

la honte face à l'exclusion ainsi que d'importantes plaintes somatiques associées à une intense diminution de la libido. Après une guerre ou catastrophe naturelle, il n'est alors pas rare de voir des organisations internationales courir après le PTSD pour lancer, légitimer ou pérenniser leur action, ou pour justifier la délimitation d'une population cible. « La course à l'événement » induite par le discours du trauma présente des risques. Le premier tient à déduire l'absence de troubles, faute d'adéquation avec certains symptômes décrits dans le PTSD, et à dénier ainsi une souffrance pourtant bien réelle.

Celui-ci devient en ces circonstances « l'étalon or de la souffrance », et peut amener à laisser de côté ceux qui, tout aussi voire plus vulnérables, souffrent loin des médias, du micro tendu au sensationnel et du regard de la communauté.

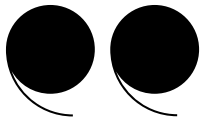
Il faut rappeler que beaucoup de nos patients au Centre Primo Levi ainsi que ceux connus dans mon expérience humanitaire viennent de zones de conflits chroniques. Les événements violents et leurs cortèges de situations d'exception se succèdent et sont autant de raisons de souffrances. « Ainsi, ce qui apparaît ici, c'est la notion même de complexité et de pluralité des effets et des formes du traumatique, loin de ce que suppose la simple notion psychiatrique de PTSD ».

De l'événement à l'inconscient

Dès son avènement, la notion de PTSD s'est heurtée à une autre impasse. Englobant toutes les situations de traumatisme, elle tendait ainsi à mettre toutes les souffrances au même niveau de signification, sans différence de nature et d'enjeux entre violence naturelle et violence interhumaine. Cette distinction, pourtant, est tout à fait discriminante autant dans la clinique comme nous l'effleurions précédemment que dans la manière d'envisager les soins. L'omission de cette distinction dans la description du PTSD est le corollaire d'une surdétermination de son origine, celle d'une causalité du trauma accolé à l'événement. Avec le PTSD, le syndrome psychotraumatique est présenté comme une pathologie où l'étiologie - c'est-à-dire les facteurs en cause - vient du dehors, par opposition à d'autres affections mentales déterminées exclusivement par

des facteurs internes propres au sujet. Du fait d'être catégorisé ou entièrement défini par son origine, cela singularise ce syndrome de manière particulière. Il y aurait un événement causal, une situation particulièrement anormale, puis une réponse des personnes. Dans cette logique discursive censée décrire une réalité, l'homme apparaît sans profondeur ni histoire, telle une page blanche.

En avant le traumatisme sur l'événement, l'inconscient se retrouve évacué de la réaction. Il est observable que si un accident extérieur à l'individu vient parfois bouleverser totalement et définitivement l'organisation psychique de celui-ci, une telle catastrophe pourra être sans effet invalidant sur d'autres. Ce qui sous-entend que le traumatisme prend aussi forme par l'intériorisation du vécu de l'événement par l'individu. En effet, dans la moindre situation que nous vivons, une autre situation se joue. Ceci ne signifie pas que ne sont traumatisés que les « traumatisables ». Le but n'est pas ici de réintroduire une vulnérabilité préexistante ou un traumatisme infantile, voire oedipien. Il est important de rappeler que nous ne sommes pas touchés de la même manière par les mêmes choses dans ces violences. La question du traumatisme nous renvoie elle aussi à la question de la singularité. Derrière ces symptômes pathognomoniques (qui signifieraient cette affection) ne manquent jamais d'apparaître des éléments propres



Dans cette logique discursive censée décrire une réalité, l'homme apparaît sans profondeur ni histoire

à l'histoire des sujets. Il est très difficile, sinon illusoire psychologiquement, de séparer la grande histoire événementielle de l'histoire plus intime de nos patients. On en sous-estime l'intrication mais aussi le fait que l'histoire intime est toujours cause du récit.

En effet, aussi bien sur les terrains d'opération de MSF qu'au Centre Primo Levi, les récits traumatiques sont toujours tissés de ceux qui sont restés, ceux qui ont disparu, ceux que l'on n'a pas pu aider, ceux que l'on a vu mourir sans rien faire et de ceux dont nous avons eu à subir les violences. La honte et la culpabilité sont prévalentes derrière l'angoisse. La position subjective est profondément modifiée. Le traumatisé n'a plus la même manière de percevoir le monde. Il ne pense ni n'aime ni ne désire ni n'agit comme avant. Il est aussi illusoire de distinguer les souffrances psychologiques liées à un événement traumatique récent de ceux liés à un parcours de vie. A partir de cette réflexion, comment appréhender les thérapies plus anglo-saxonnes qui s'appuient sur les symptômes actuels, reléguant au second plan l'histoire et l'inconscient de la personne ?

La thérapeutique entre mythe et réalité

L'hégémonie du PTSD ne tient pas seulement à la capacité de diffusion du DSM mais aussi à la tacite complicité qu'imposent les contraintes institutionnelles de telles organisations internationales : urgence, technicisation, professionnalisation, optimisation, uniformisation des pratiques et des praticiens, protocole de soins, transparence. Trauma et PTSD se sont

imposés par ces facilités de diagnostic et d'actions qu'ils supposent. Dans une association comme MSF, à l'époque, ces notions présupposent l'idée d'une action basée sur un traitement fonctionnant comme un protocole. A ce titre, ces discours présentent des risques.

Mettre en avant une causalité du trauma accolée à l'événement fait penser que pour ne plus en pâtir, il suffirait - par une parole cathartique - de remonter ponctuellement le cours des deuils dans l'espoir d'en reprendre historiquement l'initiative. Freud pourtant avait déjà bien saisi cette impasse et s'était très tôt écarté de la simple remémoration. En effet, pour le névrosé comme pour le traumatisé, dans les deux cas, l'exercice de mémoire ne fait pas recette ou modèle. Ce n'est, pourrait-on dire, pas en remontant le cours d'un fleuve qu'on trouvera la formule de l'eau. Cela réduit les pratiques à l'idée qu'une verbalisation des événements, à travers une mise en sens de la parole de « ce corps étranger », aurait une fonction libératrice, tel le coryphée à la fin du théâtre ; méthode thérapeutique relevant davantage de vaines incantations ou de formules magiques.

De fait, cette pensée entretient une confusion entre intervention précoce et thérapie du traumatisme. Les premières (nommées souvent sous le terme générique de débriefing) tirent leur légitimité non dans le soin du traumatisme mais dans l'objectif, rapporté par les patients eux-mêmes, de soulager, consoler, voire de prévenir les crises aiguës dans le meilleur des cas. Pourtant cette mythologie de la thérapie à court terme associée à la parole

cathartique irrigue toujours les méthodes d'approche du trauma.

Les expérimentations récentes mises en place lors des attentats véhiculent ces idées. Il est demandé à des patients incapables de faire le récit de scènes traumatiques de les verbaliser après la prise d'un traitement coupant l'angoisse associée à la verbalisation même des faits ou événements traumatisants.

Ce traitement se reproduit ainsi le temps de six séances. Bien sûr, je ne me positionne pas ici sur leur bien fondé et leurs possibles effets sur le stress, l'anxiété, l'angoisse. Mais ces pratiques sont présentées comme des thérapies du traumatisme, réduisant de ce fait celui-ci à ses bruits ou à ses symptômes, fussent-ils criants ou envahissants au quotidien. Mon expérience clinique me rappelle à quel point la verbalisation des récits traumatiques amène rarement l'effet escompté de leur disparition, étant donné que l'expérience extrême « innommable » ne se laisse pas aisément représenter et que ce trou dans le langage en est son principe.

Ainsi, l'approche centrée sur le trauma et le PTSD, en succombant à l'air du temps et en devenant parfois le miroir fascinant de la réalité et du vocabulaire de l'urgence et de la modernité, fonctionne sur le mode circulaire de l'autolégitimation. Cette conception prend le risque de figer les perspectives de la clinique et de la psychiatrie. Elle en réduit considérablement l'approche et la complexité, tout en grossissant parfois démesurément les effets de la réponse qu'elle engendre. A défaut de s'interroger sur les ressorts de nos politiques de santé mentale, ce discours peut donc passer d'un sésame pour la reconnaissance d'une souffrance funeste à une entrave non seulement à nos activités de soins mais aussi à son éthique, où la pratique thérapeutique s'aliène et se dévitalise.

*Jacky Roptin, psychologue clinicien,
psychanalyste au Centre Primo Levi*

Pourquoi la psychanalyse?

En quoi le psychotrauma lié à la violence politique serait-il différent des autres traumatismes? Pourquoi l'approche psychodynamique a-t-elle un intérêt thérapeutique? Pourquoi choisir de respecter la temporalité de la personne? Comment le Centre Primo Levi en est-il venu à cette nécessité de thérapie longue?

Question épineuse que celle du traumatisme. À la moindre difficulté, nous avons tendance à parler de traumatisme. La presse se délecte de l'effet superlatif obtenu avec des témoignages d'une délicieuse fraîcheur. Tout serait devenu traumatique, tout serait mis au rang d'un événement qui bouleverse la vie. Tout est désormais « trop » beau, « trop » fort, « trop » cool... le « trop » a remplacé le « très » qui n'appuie vraisemblablement plus assez. Mais notre époque est-elle devenue pour autant invivable? Davantage que d'autres périodes? Vraiment?

Clinicien dans un centre de soins qui a fait du traumatisme sa spécialité – je vais y revenir sur ce choix et ses effets –, je ne peux qu'être interpellé par la fréquence et la facilité de circulation de ce terme. Alors qu'habituellement ce concept servait à traduire ce que mes patients amenaient comme un tournant dans leurs vies (un « avant-après » généralement désagréable), il semble libéré de son exclusivité qui le confinait aux bureaux de consultation des médecins et psychologues censés le repérer, voire le réparer.

L'un des problèmes de cette « libération » est que le traumatisme perd son acuité, sa précision et devient, comme ce fut le cas pour le stress ou l'angoisse il y a quelques années, un vrai fourre-tout. Si auparavant l'on pouvait être « stressé » ou « angoissé »

par une quelconque incertitude de sa vie quotidienne, à présent chacun peut être « traumatisé » à cause d'une déception, une frustration ou une mauvaise nouvelle.

Il est donc nécessaire de préciser le champ d'utilisation de cette notion et d'expliquer nos choix thérapeutiques en vue d'un traitement.

Commençons par délimiter ce que l'on entend par traumatisme, qui renvoie d'emblée à la sphère médicale: le traumatisme définit l'ensemble des conséquences d'un trauma, ce dernier étant le choc et plus spécifiquement la blessure, la lésion, la plaie. La racine grecque signifie même « rompre, casser en morceaux, briser, meurtrir ».

L'utilisation première de « trauma » se rapporte à l'atteinte portée au corps. C'est une lésion très précise et avérée, et son traitement – médical, donc – est bien connu: les médecins convergent globalement (selon les traditions chinoise, indienne ou occidentale par exemple) sur le traitement dans l'après-coup – c'est le cas de le dire – du trauma.

Le « traumatisme », en tant que séquelle du trauma, ne se limite pas au corps. C'est le début des difficultés pour le cerner. C'est-à-dire qu'au-delà du corps, même si la fracture est pansée, même si la douleur est apaisée, le

traumatisme psychique peut continuer à se manifester, parfois longtemps après le choc physique – ce qui nous oblige à considérer un choc psychique qui accompagne le physique, sans le recouvrir, avec une évolution indépendante et singulière d'un individu à un autre.

Ce *traumatisme psychique* ou *psychotrauma* complexifie le problème parce que le « choc émotionnel » ne sera pas le même selon le contexte dans lequel la blessure a eu lieu. D'où la nécessité de différencier les différentes conditions de trauma pour penser ensuite à la manière la plus adaptée pour traiter ses conséquences. Ce n'est pas du tout pareil de se casser une jambe en pratiquant son sport préféré que d'avoir la même fracture suite à une agression.

Si l'on se permet une rapide excursion, on remarquera que les différentes sources de traumatisme nous confrontent à des conflits psychiques différents.

Une catastrophe naturelle peut bouleverser une vie mais les humains ont toujours su placer cet « agent catastrophique » à sa place: que ce soit les dieux ou un seul Dieu, voire les éléments de la nature pour les non-croyants, on a affaire à plus grand que soi. On reconnaît une instance différente, on suppose à cet Autre une intention (une punition, par exemple)... ou pas, mais dans tous les cas son action est prise dans un système symbolique: on lui donne un sens, on est tous concernés par l'événement. Cette implication, disons sociale, fait histoire, histoire collective et permet de contenir la puissance du choc, c'est-à-dire que les séquelles psychiques peuvent être prises en compte par le social et être ainsi moins importantes.

Un accident traumatique est déjà différent parce qu'il peut nous confronter à un autre qui est un semblable. Ce n'est plus la nature ou un Dieu qui aura causé des dommages mais un humain lors d'une mauvaise rencontre (que les grecs appelaient *tuchè*). Être au mauvais endroit au mauvais moment, le hasard. C'est une notion intéressante que même le droit a pu prendre en compte pour rétablir un ordre social – et donc limiter les effets

traumatiques: le droit peut distinguer les degrés de responsabilité ou de culpabilité et établir ainsi l'existence d'une intention de nuire ou pas, des circonstances aggravantes, la punition, le dédommagement, etc.

Les attentats terroristes rentrent-ils dans cette dernière catégorie? Leur cas est complexe parce qu'ils mélangent les registres: prétendant incarner une conception divine ou sociale (le fait de vouloir imposer une autre façon d'organiser la société, par exemple), ils sont exécutés par des humains. Ils blessent de manière aveugle, ciblant des personnes ou des lieux censés représenter un objectif stratégique, semant terreur et incompréhension et ne laissant aucun doute sur leur intention de nuire. Cependant, nos institutions de gouvernance (au niveau d'une ville ou d'un pays) reprennent et donnent sens à l'attentat. Cela devient alors social et un récit est produit qui permet de nommer ce qui aurait pu rester comme innommable, irréprésentable.

Le cas qui nous concerne de plus près est celui de la torture et de la violence dite politique. C'est un cas compliqué parce qu'il présente tous les éléments pour engendrer, maintenir et aggraver un traumatisme physique mais surtout psychique. Premièrement, l'évènement traumatique est issu d'une rencontre – mauvaise, donc – avec un semblable qui exécute les sévices. Ces mauvais traitements ciblent l'individu pour des raisons qui le concernent intimement: son appartenance ethnique, religieuse, politique, son orientation sexuelle, etc. Puis, ce qui est plus grave probablement, les institutions ne permettent aucune reprise sociale de l'évènement, aucune punition « graduée » voire une impunité totale qui perpétue la

Les institutions ne permettent aucune reprise sociale de l'évènement, aucune punition « graduée » voire une impunité totale qui perpétue la disparition du sujet

disparition du sujet (transformé en objet des sévices, du caprice d'un autre).

Comment traiter un traumatisme pareil et en guérir? Est-ce que tous les traitements se valent, pour tous les traumatismes psychiques?

Je ne rentrerai pas dans une critique des différentes thérapies qui connaissent à l'occasion un effet de mode ou un engouement qui peut légitimement séduire. Je ne vais pas détailler les approches comportementales, l'hypnose, l'EMDR, le protocole du propanolol et autres électrochocs, techniques utilisées actuellement pour tous ces traumatismes confondus. Je tenterai seulement d'expliquer le choix de notre établissement, un centre de soins qui traite seulement ce dernier type de traumatisme psychique, le choix d'une thérapie dite psychodynamique, le choix de la psychanalyse comme référence, psychanalyse en institution, choix qui n'est pas exclusif, pas excluant et qui nous permet d'obtenir des effets thérapeutiques avérés.

Abordons simplement et rapidement un constat et un objectif. Le constat est double: la disparition du sujet sous la torture et la durée des symptômes. L'objectif, comme effet thérapeutique, est de permettre à l'individu qui a été victime de torture ou de violence politique de redevenir sujet, de retrouver une place dans le social.

Comme nous l'avons vu, au-delà de l'atteinte corporelle, le choc émotionnel et le traumatisme psychique peuvent s'étendre dans la durée de manière inquiétante et surtout indépendante. C'est là que la référence à la psychanalyse est intéressante en termes thérapeutiques: elle intervient précisément sur cette articulation du langage et du corps qui permet de comprendre les symptômes. Un exemple? Il m'est arrivé de recevoir en consultation des femmes qui étaient tombées enceintes après des viols subis au pays. Si vous vous arrêtez au niveau du corps, vous ne trouveriez pratiquement aucun problème physiologique: la maman se porte bien après l'accouchement et le

bébé aussi. Et pourtant, vous avez en face de vous une femme qui vous décrit les scènes de violence associées à cet enfant, qui vous dit que sa vie est finie, qui ne se sent pas capable de faire une place (psychique) à cet enfant. À côté d'elle, vous voyez un bébé en attente, un bébé qui scrute les yeux de sa mère pour y lire les coordonnées de la vie, pour boire le lait et les mots qui vont baliser l'espace et le temps.

Des cas comme celui de cette femme témoignent du décalage entre la blessure du corps et celle que j'appellerais la cicatrice psychique, la « psyctrice » qui se présente, même longtemps après le choc, comme une plaie béante. Quel a été le traumatisme psychique pour elle? Comment comprendre, alors que l'effraction du corps a été traitée et disons, guérie, que la fracture psychique reste ouverte, présente?

Nous pouvons concevoir qu'indépendamment de son corps mais en articulation avec lui, le trauma pour cette femme a été de disparaître en tant que sujet, que quelqu'un d'autre ait pu disposer de son corps, en niant complètement sa volonté. Cette mort du sujet est au cœur de l'enjeu thérapeutique de la psychanalyse: accompagner le sujet à occuper sa place, à s'autoriser une parole et une action à partir de sa place. Sa place? Il s'agit en effet d'une place dans le discours social, la place de mère, par exemple, qui semble inhabitable pour cette femme puisqu'elle ne l'avait pas décidé.

La psychanalyse place au cœur de son dispositif le traumatisme du sujet, c'est-à-dire l'effet de trompe-l'œil qu'il y a entre ce que le sujet a vécu comme traumatique au moment où il se constituait (le bébé en attente que j'évoquais) et ce qu'il va vivre comme une répétition dangereuse, un renouvellement de relation d'emprise (que certaines thérapies rejouent) par l'autre. Les professionnels du Centre Primo Levi, qu'ils soient psychanalystes ou non, vont faire un travail de couture fine pour rétablir tous ces liens sociaux, la responsabilité du sujet que le traumatisme pense avoir abolie.



Être « victime » est une non-place, c'est être en marge justement, dehors, éjecté d'un village ou d'un pays

lieux de soins comme le Centre Primo Levi deviennent rares, parce qu'ils résistent à la logique gestionnaire pure, parce qu'il n'y est pas question de nombre d'actes mais d'effets thérapeutiques, parce que la durée des séances peut y être plus importante (parfois même doublée) lorsque l'on reçoit un patient avec interprète, sans être une utopie mais dans une tension saine, gardant les pieds dans la réalité.

Cette prise en compte de la psychanalyse au cœur du fonctionnement n'empêche pas les professionnels de reconnaître leurs différentes formations et n'exclut nullement le partage avec les centres qui ont d'autres références (transculturelle, ethnopsychiatrie, hospitalière, artistique, etc.) et qui contribuent à l'obtention d'effets thérapeutiques. La psychanalyse est une éthique, une prise en compte de l'autre et de sa parole. Elle prend en compte la langue, la culture, l'ensemble symbolique qui a permis au sujet d'être en lien avec les autres.

Cela permet d'aller – évoquons ces moments de grâce pour conclure – au-delà du traumatisme, c'est-à-dire que le sujet arrive à donner un sens à l'évènement traumatique, qu'il peut l'inscrire, l'écrire à sa façon, laissant ses empreintes subjectives, celles qui nous sont singulières. À partir de là, il s'agit pour chacun de composer, de faire avec, sans être handicapé par ses travers. C'est ce que m'a rappelé, malicieuse, une autre patiente revenue me voir cinq ans après la fin de son suivi. Avec deux enfants, mariée, elle trouvait la vie plus compliquée, devant négocier pour que sa vie tienne la route. Comme chacun, finalement.

Omar Guerrero psychologue clinicien, psychanalyste au Centre Primo Levi

La psychanalyse fascine – parce qu'elle concerne chacun dans l'intimité de sa constitution plus ou moins bancal comme sujet – mais elle suscite, peut-être pour les mêmes raisons, beaucoup de rejet et de résistances. Se donner la psychanalyse pour référence est toutefois un choix éthique pour le Centre Primo Levi, choix qui ne rend pas forcément son fonctionnement et sa gestion plus simples dans l'immédiat, mais qui respecte et encourage l'avènement du sujet; ce sujet dont il ne reste, semble-t-il, que des traces, quelques lambeaux; un sujet qui évolue dans une organisation marquée par un « avant » et un « après », qui s'appuie plus sur tel ou tel rôle social

qui lui donnaient une place dans la société et dans le discours. Être « victime » est une non-place, c'est être en marge, justement, dehors, éjecté d'un village ou d'un pays.

Loin de la caricature récurrente, le fait de garder la psychanalyse comme boussole structure les prises en charge en vue d'une responsabilisation du sujet. Cela se fait aussi et différemment en institution qu'en cabinet libéral. On engage avec le patient, au fil des séances, une traversée du symptôme pour chercher à le déchiffrer, ce qui implique une durée de la thérapie qui ne peut être réduite à la disparition des manifestations les plus bruyantes. Les

Le traumatisme pour faire entendre une cause

Entretien avec Richard Rechtman, anthropologue et psychiatre, qui nous éclaire sur les histoires politiques dans lesquelles a évolué le traumatisme.

Dans quel discours le traumatisme est-il pris actuellement ?

Le traumatisme psychique, à la différence d'autres catégories nosographiques, est le produit d'une histoire sociale et politique plutôt que d'une histoire clinique. Sa définition date de la fin du XIX^{ème} siècle, avec la névrose traumatique liée aux chemins de fer. Même si quelques ajouts en termes psychopathologiques ont eu lieu, la sémiologie n'a pratiquement pas changé depuis cette époque. Nous retrouvons ainsi les cauchemars récurrents, les réactions de sursaut, l'anesthésie affective, etc. Par contre, ce qui a profondément évolué, c'est le sens que la société donne au traumatisme et à ceux qui sont porteurs de ce trouble. Depuis une quarantaine d'années, il sert à faire entendre la condition des victimes de la violence, comme les guerres, les massacres de civils, et toutes les formes de persécutions mises en œuvre par les régimes totalitaires. C'est la première grande nouveauté car auparavant, pour faire entendre la cause des individus soumis à de la violence extrême, on aurait avant tout évoqué les spoliations dont ils étaient victimes : le fait qu'ils aient perdu leur moyen d'existence, leur capacité d'agir dans la société, jusqu'à devenir apatrides. C'est dire l'importance que représentait la citoyenneté à l'époque ! Jusqu'à une période récente, c'était la pire chose que l'on puisse imaginer vivre ; ça n'était en aucun cas

les séquelles psychiques. Pourtant, sur le plan clinique, on connaissait déjà très bien la symptomatologie du traumatisme psychique. C'est donc ce décalage entre cette connaissance et sa perception sociale qui va profondément changer au fil du temps, et qui nous permet de prendre le traumatisme psychique avant tout comme un objet social, quand bien même sa réalité clinique existe aussi.

Ce qui a profondément évolué, c'est le sens que la société donne au traumatisme et à ceux qui sont porteurs de ce trouble

Comment cela se fait-il que ce soit autant investi, notamment au niveau politique ?

Le traumatisme est devenu le symbole même de ce que nos sociétés occidentales démocratiques dénoncent en tant qu'inacceptable. Cela remonte à peine à une quarantaine d'années, lorsque la souffrance psychique (des gens normaux, bien sûr, pas celle des malades mentaux, malheureusement) est devenue un intolérable majeur. Aujourd'hui, c'est le point ultime au-delà duquel on estime qu'il n'est pas possible d'aller. C'est une transformation que les conceptions sociales du traumatisme jusqu'aux années 60 aux Etats-Unis et 90-2000 en France, ne permettaient même pas d'imaginer. Car

à cette époque, le traumatisme traduisait plutôt la faiblesse de celui qui en était atteint, et laissait planer sur lui un terrible soupçon : celui d'être à la fois faible et intéressé, entre autre, par d'éventuelles compensations financières. Même après la torture, on pensait que la persistance d'un traumatisme pouvait être aussi la preuve que la personne n'avait pas résisté à ses tortionnaires et avait sans doute parlé, c'est-à-dire dénoncé ses amis. Au fond, le traumatisme était un signe d'une possible trahison. La survivance était finalement suspecte.

Les années 70 aux Etats-Unis marquent un tournant majeur, caractérisé par la guerre du Vietnam et la transformation de la psychiatrie, sous la houlette des architectes du DSM III. Ce sont les psychiatres les plus engagés contre la guerre qui vont tenter, à travers le simple changement de dénomination de l'ancienne névrose traumatique requalifiée en PTSD, de faire entendre ce que la guerre fait aux hommes, même les plus forts. Leur succès a largement contribué à transformer les combattants psychiquement détruits par les horreurs de la guerre en héros. Cette reconnaissance a permis d'ouvrir un droit à réparation et surtout de modifier la perception des personnes traumatisées. C'est un moment de bascule où le trauma prend LA forme majeure de l'héroïsme. Pendant la guerre de 14, c'était les « gueules cassées » ; avec la guerre du Vietnam, ce sont ceux qui non seulement ont offert

Les personnes ne présentant pas de signes manifestes et complets de traumatisme psychique n'auront quasiment aucune chance de faire accepter la réalité de leur condition et donc d'obtenir le statut de réfugié

leur corps à la nation, mais qui ont aussi accepté de sacrifier leur psychisme, y compris ceux qui ont commis des atrocités. Pour la première fois, le traumatisme est pensé comme ce qui touche nécessairement tous les hommes qui font l'expérience de la violence extrême, qu'ils en soient les victimes ou les auteurs. C'est bien sûr ce second point qui va devenir particulièrement critique.

L'inversion qui vient de s'opérer entre le moment où le traumatisme psychique décrivait la lâcheté et le moment où il décrit l'acte héroïque va pouvoir largement bénéficier à toutes les personnes victimes de violences extrêmes, et pas seulement les combattants (tout au moins en théorie). Ce faisant, le traumatisme va devenir le langage par excellence qui exprime (et prouve) la réalité de ceux qui ont tout perdu. Autrement dit, diagnostiquer le traumatisme revient à prouver la réalité de la violence la plus intolérable. Mais si à l'origine cela a d'abord été pensé pour protéger toutes les personnes victimes de violences, notamment politiques, le principe de la preuve traumatique dans le cas des demandeurs d'asile va s'inverser à leur grand désavantage.

Dans quelle mesure?

Au lendemain d'une catastrophe industrielle, naturelle ou terroriste, plus particulièrement si elle touche une société occidentale, on aura tendance à affirmer, parfois sans autre forme de démonstration, que toute la population est traumatisée. Dans les enquêtes que nous avons menées à Toulouse, après l'accident de l'usine AZF, nous avons pu montrer comment toute la population,

des personnes les plus exposées à la catastrophe aux plus éloignées, avait été considérée traumatisée et indemnisée. L'enjeu était finalement moins de soulager la souffrance de chacun que de qualifier l'événement. C'est-à-dire lui donner la valeur d'un événement extrême dont par définition personne ne sort indemne. C'est l'événement que l'on qualifie en considérant tout le monde comme traumatisé.

Dans le cas des réfugiés, c'est exactement l'inverse. Le traumatisme joue, bien sûr, mais comme un argument discriminant. A partir des années 2000, les politiques de l'asile étant devenues de plus en plus restrictives, l'enjeu consistait pour les pouvoirs publics à mettre en œuvre une politique de sélection permettant de séparer les « bons » réfugiés de l'ensemble des demandeurs d'asile. Par « bons réfugiés », il faut comprendre ceux qui relèveraient de la Convention de Genève. Sauf que la Convention de Genève ne précise pas qu'il faut apporter les preuves matérielles des persécutions. Comment assurer la véracité de son vécu? Il n'existe pas beaucoup de moyens. Le traumatisme deviendra ainsi un des critères. En effet, il pourrait être considéré comme la preuve de la réalité d'un préjudice en se fondant sur la nouvelle définition du PTSD. Mais entendons-nous bien, cela ne veut pas dire que toute personne présentant des signes post-traumatiques bénéficiera de l'asile, loin s'en faut. Cela veut dire, plus précisément et plus tristement, que les personnes ne présentant pas de signes manifestes et complets de traumatisme psychique n'auront quasiment aucune chance de faire accepter la réalité de leur condition et donc d'obtenir le statut de réfugié. On voit comment dans ce cas, le traumatisme est devenu un principe terriblement sélectif, quand bien même il n'apporte aucune garantie à ceux qui en souffrent. C'est dans ce contexte que les certificats médicaux sont devenus un enjeu dans le parcours des demandeurs d'asile. Sans certificat, pas de salut, pourrait-on dire; avec un certificat, les chances ne sont finalement pas plus grandes, mais l'espoir demeure. Pour cela, et à la différence de l'affaire AZF où l'on a reconnu à tous un préjudice traumatique sans recourir à une expertise

psychiatrique précise, les certificats devront être de plus en plus précis et détaillés avec l'espérance d'apporter des preuves. Mais quelles preuves? Est-on sûr, finalement, que quelqu'un qui a passé des années en prison, qui a été torturé, présente nécessairement des signes traumatiques? Et si à l'inverse il n'en présente pas, son histoire est-elle fautive? A l'évidence, la clinique du traumatisme est incapable de répondre et c'est heureux. Néanmoins, c'est ce qu'on cherche à lui faire dire. Et c'est en cela que le traumatisme est, dans ce cas, une politique de la preuve avant d'être une réalité clinique.

Comment a-t-on glissé de la notion de traumatisme à celle de victime?

Cela nous amène nécessairement à la question des usages et mésusages du traumatisme, notamment du point de vue clinique. Pour l'anthropologue que je suis, par contre, ils font tous deux partie du phénomène social qu'est devenu le traumatisme.

A ce titre, le développement de ce langage est désormais planétaire. Dans le cas, par exemple, des processus internationaux de règlement de la post-violence, la prise en charge des traumatismes occupe une place importante à côté de la justice internationale et de la mémoire collective. Dans les enquêtes récentes que je mène au sein du programme International de la fondation Maison des Sciences de l'Homme « Panel on Existing Violence – IPEV », j'ai cherché à montrer comment la prise en charge des traumatismes est un moyen de faire entendre des plaintes individuelles, là où la justice se limite à réparer des dimensions collectives. Cela se perçoit nettement dans les contextes de sortie de guerres civiles, comme par exemple en Colombie. Aujourd'hui, une réparation sociale et collective passe aussi par une dimension psychologique, c'est-à-dire par une prise en charge du traumatisme. C'est donc une amplitude considérable qui a bien plus d'effets politiques que d'effets cliniques.

Propos recueillis par Marie Daniès, rédactrice en chef

Le corps traumatisé

Qu'est-ce qui se joue pour les enfants de l'exil ?
Comment grandissent-ils ? Comment parler d'eux
sans évoquer leurs parents et leur façon, voire leurs
moyens, d'exercer leur parentalité ?

Les séquelles physiques occupent l'espace médical par de lourds enjeux de reconnaissance et de réparation. Les demandes de soins sont plus principalement centrées sur l'atteinte fonctionnelle et sur la douleur. Dans tous les cas, il y a un effet de remémoration par le corps et un glissement de l'interrogatoire médical vers un témoignage du passé, qui prend la forme d'un discours désynchronisé sur un corps « d'avant », qui a été endommagé, et qui souffre comme s'il s'agissait d'une lésion aiguë, récente, alors qu'elle est souvent ancienne et n'évolue plus depuis plusieurs années. Il est assez troublant de constater que les séquelles deviennent pour le patient un motif de consultation urgent, bruyant par lequel il exprime un passé douloureux, avec un effacement de la temporalité en consultation qui vient souvent compliquer le raisonnement clinique.

A l'inverse, le patient peut présenter des plaintes physiques sans séquelles associées, qui se répètent et qui ne sont pas identifiables pour le raisonnement médical. Il est intéressant de voir que le patient rattache ces signes à ceux qu'il aurait vécus à l'identique au cours d'un événement traumatique et qu'il peut établir lui-même un lien avec ce moment du passé, sans concevoir que son corps n'est alors pas pathologique.

Le patient continue à se plaindre de ces mêmes signes fonctionnels, dans une répétition qui évoque une mémoire corporelle demeurant incompréhensible pour lui-même.

Il me paraît intéressant de développer les « troubles somatoformes », aussi dits « troubles somatiques », qui empruntent

littéralement « le langage des symptômes ». Il s'agit de ressentis corporels qui s'apparentent à des symptômes subjectifs, avec en commun le fait qu'ils s'organisent autour d'une douleur et sont associés à de l'angoisse. Ces troubles ont un impact majeur dans la vie des patients que nous suivons, de par leur vécu intense. Les

tableaux cliniques sont d'une grande richesse, et ont tous pour particularité l'absence de cause identifiable au terme des examens prescrits; ainsi il n'y a pas de réponse sur le plan médical. Il faut savoir que ce type de parcours de soin mobilise beaucoup le médecin et demande une grande subtilité dans l'accompagnement. Il faut délimiter le sujet exposé ici, qui exclut les cas rares et/ou complexes qui peuvent laisser un vrai doute sur une cause somatique et nécessiter un suivi, ou bien les formes atypiques de maladies, qui par conséquent n'entrent pas dans ce tableau clinique. Les troubles somatoformes sont une entité nosographique



Le kinésithérapeute : un allié précieux du médecin

Madame B. militait pour défendre les droits fondamentaux dans son pays. Violamment battue, elle s'est retrouvée avec des fractures nombreuses et extrêmement invalidantes. Elle est parvenue à se faire opérer, mais dans un pays où la médecine n'est pas encore à la pointe du progrès, la prise en charge qu'elle a reçue était loin d'être adaptée. Après un long parcours d'exil, elle s'est présentée au Centre Primo Levi polytraumatisée par les violences subies.

Elle a été adressée par le médecin au kinésithérapeute Jacques Blain car elle souffrait énormément à cause de deux prothèses mal mises en place. L'enjeu du suivi était double :

- Eduquer la patiente à prendre de nouvelles postures afin qu'elle puisse retrouver plus de mobilité et lever un certain nombre de points douloureux et de contractures. En effet, elle avait adapté sa

démarche pour souffrir le moins possible car des vis mal posées venaient s'immiscer dans la contraction musculaire.

- Expliquer à la patiente que la scoliose dont elle souffrait beaucoup n'avait aucun rapport avec les tortures subies, mais qu'elle datait de l'enfance et n'avait jamais été prise en charge. Il n'y avait pas d'urgence, mais il était fondamental de bien lui expliquer que cette pathologie vertébrale pouvait plus tard amener de graves troubles et qu'il fallait envisager dans le futur une opération afin d'éviter des complications neurologiques, cardiaques, digestives et respiratoires. La patiente parlait beaucoup de ses douleurs sur lesquelles toute sa psyché semblait se concentrer. Le kinésithérapeute a pu discuter avec elle des résultats des examens complémentaires réalisés en dehors du centre, et s'est mis à l'écoute des questions que cela avait soulevé chez la patiente, tout en expliquant ce qu'il percevait et proposait de mettre en

place. Il s'agissait d'examiner les radios, d'y poser des mots, de présenter le travail de rééducation des articulations concernées, leur impact sur les douleurs dorsales, etc.

Les échanges constants entre le médecin et le kinésithérapeute, tout au long de cette prise en charge, ont permis d'ajuster le traitement et de travailler dans la même direction. Avant tout, il était nécessaire que la patiente soit entendue afin d'accepter les séquelles physiques de son vécu traumatique. Une opération n'aurait rien amélioré et aurait entraîné plus de risques que de bénéfices.

Peu à peu, Madame B. a appris des postures qui lui permettaient de moins souffrir lors de ses déplacements. Sa démarche est devenue plus aisée, plus fluide. Au bout de huit mois de rééducation, elle est passée d'un corps meurtri à un sujet ouvert sur son avenir.

Le patient s'accroche à cette représentation de la maladie, comme si elle constituait un repère, une idée qui lui serait plus accessible, mieux pensable pour se représenter sa souffrance, qui elle, reste innommable

reconnue d'origine mentale, sans fond organique. Ils se distinguent des troubles psychosomatiques (qui sont des maladies répertoriées et reconnues être inductibles par le stress et l'émotion, telles que l'eczéma, l'asthme, ou le psoriasis, etc.). Face à la normalité des résultats qu'il prescrit au fur et à mesure, le médecin va conclure qu'il s'agit de troubles somatoformes, et se retrouver dans la position de ne pas pouvoir identifier une cause médicale

face aux plaintes du patient. Le médecin est alors dans la posture inconfortable de continuer à soigner une souffrance, qu'il a déjà accueillie, mais qui n'est pas objectivable à l'issue des examens. L'accompagnement nécessite de faire un travail de communication conséquent pour subroger aux effets de désertification médicale, qui peut créer paradoxalement un vide de sens. Le patient peut d'ailleurs rompre le suivi, ou à l'inverse devenir très revendicatif, car comment concevoir ce qui fait alors souffrir le corps ? Quel sens le patient peut-il donner à ces épisodes corporels qui font irruption et rupture avec son quotidien ?

Il est intéressant de constater que le patient s'accroche à cette représentation de la maladie, comme si elle constituait un repère, une idée qui lui serait plus accessible, mieux pensable pour se représenter sa souffrance qui, elle, reste innommable. Ce travail pour le patient

vers l'acceptation de désinvestir l'idée d'un corps médicalisé peut prendre des années. Concernant leur évolution, nous pouvons parler d'une stagnation en pente douce vers l'amélioration dans le vécu des troubles, qui se constate par un amoindrissement de la sévérité des plaintes et une atténuation de leur impact sur la vie quotidienne. L'évolution reste ponctuée par la consommation d'exams médicaux, de soins et de médicaments tels que des antidépresseurs, sans qu'un lien d'efficacité ne puisse être significatif. La prise en charge pluridisciplinaire, conjointement avec la sociabilisation et l'intégration en France, apporte aux patients d'autres voies d'expression et nous pouvons observer une distanciation de cette auto écoute morbide des signes corporels.

Pamela Der Antonian, médecin généraliste au Centre Primo Levi

Taire l'indicible: honte et culpabilité

Dans la consultation de psychotraumatologie, Hina se tait. Issue d'une famille sunnite du Penjab pakistanaï, elle montre ses cicatrices en nommant l'auteur: son propre frère, qui, voulant la punir de sa liaison avec un homme chiïte, a organisé un viol collectif. Hina est murée dans un silence mortifère, abîmée dans l'angoisse, qui la rive à elle-même. L'horreur ne cesse de lui revenir à travers les reviviscences traumatiques. Elle garde la tête baissée, évite mon regard car elle ne supporte pas le regard de l'autre qui la renverrait à une vision dégradée, souillée, méprisante d'elle-même. Elle prononce alors cette phrase: « Je suis devant vous, mais en fait je suis morte ». Je lui dis qu'elle doit être très vivante et courageuse pour pouvoir me dire cela. Elle répond qu'elle a trop « honte » pour parler de ce qui s'est passé. J'accueille sa capacité à qualifier sa honte, car la verbaliser et la partager, c'est déjà ne plus en être passivement l'objet dévasté.

La honte et la culpabilité sont deux émotions liées, souvent ressenties par les patients exilés que je reçois. La honte, émotion envahissante et physique, ravage l'estime de soi et empêche le sujet de renouer narcissiquement avec un moi désorganisé par la violence. La culpabilité redouble lorsque le sentiment plus ou moins conscient de transgression d'une norme morale et culturelle envahit le sujet. De quelle norme parle-t-on dans les histoires d'exilés? La honte et la culpabilité peuvent certes avoir un objet: honte d'avoir abandonné les siens ou les camarades de combat, culpabilité du survivant qui se dit qu'il aurait dû mourir, culpabilité de celui qui se sent impuissant à protéger les autres en danger, ou qui se pense responsable du drame. Toutefois, la honte et la

La parole permet de sortir du silence de la honte. Pourtant cette parole a été doublement atteinte par le trauma dans sa fonction de symbolisation et dans sa possibilité de faire lien social

culpabilité agissent de manière aussi destructrice parce qu'elles sont directement le fait du trauma.

Les exilés que je reçois ont été confrontés à la cruauté, à la mort des proches, à la destruction de leur monde, et cette expérience leur a révélé une autre dimension: celle du mal intentionnel, celle de l'arbitraire des tortures et de la perversité des bourreaux, celle de la régression de l'homme à l'état de bête. Leur expérience de la violence les a conduits aux frontières de la folie, hors de toute possibilité de sens. Elle les a portés aux limites de ce que leur corps peut endurer. Ne reste que les images du proche défiguré, les cris hallucinés des compagnons torturés, le trou noir du viol enduré. La violence internalisée a détruit la fonction de pare-excitation de l'objet maternel et le sentiment de confiance qui sécurisait le sujet. Plus encore, lorsque les cadres culturels du patient ne sont d'aucune ressource pour donner un sens à la violence - qu'on appelle celle-ci l'épreuve voulue par Dieu, le sacrifice pour sauver l'honneur ou la famille ou le prix à payer -, alors la subjectivité s'effondre. Hina est rivée à l'événement traumatique, ce viol punitif, qui continue de la détruire comme femme et comme être social.

La parole permet de sortir du silence de la honte. Pourtant cette parole a été doublement atteinte par le trauma dans sa fonction de symbolisation et dans sa possibilité de faire lien social.

C'est elle qui va, à travers les mots échangés, ranimer des potentialités de sens et surtout faire entrer un tiers pour dégager le sujet de la répétition mortifère du trauma. Le corps violé de Hina va progressivement se réanimer, et les mots de la vivante vont progressivement introduire une temporalité, décoller le présent du passé et la position d'acteur de celle de victime honteuse. Il est alors un autre silence bienvenu et salvateur, à distinguer du silence traumatique, lorsque Hina sait qu'elle doit se protéger de la montée d'angoisse et qu'elle choisit de se taire.

C'est cette possibilité de parole, mais aussi de silence, que le sujet tente de porter jusque dans l'arène de la procédure d'asile. Car il s'agit d'éviter la honte qui empêche de raconter son récit devant les fonctionnaires de l'asile et devant un interprète souvent compatriote, ce qui ramène la question du regard culturel et social. Or se taire, c'est, dans l'entretien de la demande d'asile, risquer de se condamner. Lorsque Hina précise « de cela, je ne peux pas vous parler », le silence qui suit - silence qui s'impose par la charge de violence que portent ces mots - raconte bien plus que n'importe quel récit... à qui sait entendre.

*Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky
Professeur d'Anthropologie, Département
Asie du Sud, INALCO, Paris, et psychologue
clinicienne, Hôpital Avicenne, Bobigny*

Traumatisme, rupture du lien social et désaffiliation

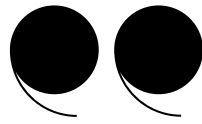
La pratique auprès de personnes ayant traversé des violences intentionnelles questionne les effets du trauma sur les logiques du lien social. Le trauma conduirait à une rupture de celui-ci, c'est-à-dire à une césure dans le lien aux autres et au monde. Dans notre clinique, nous préférons utiliser le concept de désaffiliation qui présente l'avantage de sortir d'une conception de la perte, et d'introduire une réversibilité possible dans la logique du phénomène trauma/lien social. Ce concept nous situe donc du côté du processus et du vivant.

De ces premiers présupposés découlent des questions pratiques: pourquoi le sujet traumatisé se désarrime du social? Se désarrime-t-il complètement? Quelles accroches perdurent malgré tout? Comment l'espace thérapeutique peut-il favoriser la relance d'une affiliation?

Pour illustrer nos réflexions, nous présentons quelques éléments cliniques du suivi d'un jeune patient que nous appelons Paul.

Paul est d'origine africaine, il a 29 ans et présente à son arrivée au centre de soins un tableau de stress post-traumatique majeur: sentiment de persécution permanent, insomnies, angoisse, énurésie, fugues pathologiques, dissociation, cauchemars, pensées obsédantes. Sa situation administrative et sociale est chaotique, il dort à la rue et n'a aucune possibilité pour se sécuriser ni répondre à ses besoins premiers.

Dans ce premier temps du suivi, nous observons combien son environnement externe et interne est dans une résonance complète à la désorganisation traumatique: déliaison, attaque et discontinuité. Paul paraît en désaffiliation



Pour être en lien avec les autres, avec le monde, il y a nécessité d'une place, d'une adresse, d'un lieu. Pour s'affilier à d'autres, il faut se ressentir accueilli en tant que semblable

complète. Il décrit un quotidien solitaire où les autres portent un visage étranger, voire menaçant. Il met tout en place pour éviter le lien social.

Nous repérons les effets de cette désaffiliation sur notre dispositif thérapeutique: le patient vient en pointillés aux séances, disparaît pendant plusieurs semaines pour réapparaître enfin mais dans un autre temps que celui du rendez-vous. Nous repérons combien nos éprouvés contre-transférentiels sont marqués par l'inquiétude, l'inconnu et la discontinuité, en écho à son propre vécu. La première partie du travail thérapeutique consiste alors dans cette offre d'un cadre stable malgré la tempête, un cadre qui se veut contenant et résistant aux attaques des effets du trauma. Il s'agit de tenir bon malgré les perturbations et d'assurer une continuité.

Dans le même temps, Paul se voit proposer un hébergement, quittant ainsi la rue pour un environnement stable. Il y a dans cette proposition le signe d'une réalité sociale qui lui accorde à nouveau une place. Elle a pour effet de permettre un adossement ainsi que le recouvrement

d'une verticalité. Nous observons en séance une diminution des phénomènes dissociatifs, comme si une réunification psychique devenait possible avec des pensées plus construites.

Par la suite, Paul obtient un statut de réfugié, reconnaissance du pays d'accueil lui assurant protection et pérennité de sa présence sur le territoire. Cet événement vient relancer ses possibilités affiliatoires. Le jeune homme est en capacité de rêver à nouveau sa vie. Ses projets sont florissants: apprendre le français, reprendre les études, avoir un travail pour aider les autres. Dans cette clinique du trauma, nous repérons combien les possibilités thérapeutiques sont interdépendantes des conditions de réalité concrète des patients. Pour être en lien avec les autres, avec le monde, il y a nécessité d'une place, d'une adresse, d'un lieu. Pour s'affilier à d'autres, il faut se ressentir accueilli en tant que semblable.

*Mélanie Maurin, psychologue clinicienne,
Centre de soins Osiris, Marseille*

La fin du droit d'asile?

Pour Maître Piquois, présenter un traumatisme psychique suite aux violences vécues au pays ne garantit en rien une protection. Entretien sur l'absence de prise en compte du traumatisme dans la procédure d'asile.

Comment est pris en compte le traumatisme psychique dans la procédure d'asile?

Actuellement, que ce soit sur le plan physique ou psychique, il n'existe aucune prise en compte de l'état de santé des personnes dans leur demande d'asile. C'est d'ailleurs une volonté politique avérée que de refuser un soutien à ce niveau, même si le discours est manifestement paradoxal de la part des autorités. D'un côté, les personnes vulnérables sont censées faire l'objet d'une attention particulière, mais de l'autre, aucune prise en charge n'est proposée à ces personnes. Pour preuve, il n'existe toujours pas de service médical à l'Ofpra (Office Français de protection des réfugiés et des apatrides). Comment une institution de protection comme celle-ci peut-elle fonctionner sans avoir de référents médicaux? Pour moi, cela manifeste bien un profond désintérêt. De plus, effectuer des investigations médicales prend du temps, ce qui va à l'inverse d'une logique de raccourcissement des délais.

Constatez-vous une évolution depuis les dernières années?

Aujourd'hui, la situation est pire que jamais. Les mineurs ne sont plus protégés, la police participe même à leur maltraitance, notamment à Vintimille ou à Nice. Les textes ne sont plus appliqués. Et quand on cherche à informer sur le droit, ce n'est ni entendu, ni appliqué. Le gouvernement se met à fonctionner par décret, comme cela vient d'être le cas pour la Guyane. Les demandeurs d'asile n'auront plus que sept jours pour présenter leur demande. De plus en plus

d'ordonnances sont prises, ce qui signifie une justice sans audience, sans défense. Et les possibilités de recours sont ignorées.

A cette absence d'application du droit s'ajoutent des incohérences qui viennent entraver le fonctionnement de la procédure. Par exemple, j'ai reçu un collègue interprète en langue des signes. En se présentant au guichet d'une préfecture pour effectuer une demande d'asile, le fonctionnaire lui dit que son interprétariat ne va pas être possible car il a reçu la consigne que cela se passe par téléphone. L'interprète lui répond que la personne qu'il accompagne est sourde-muette et qu'il ne peut donc pas communiquer par téléphone! La préfecture a préféré appeler un interprète en français, qui lui-même répétait les propos de l'agent à l'interprète en langue des signes, qui pouvait enfin traduire en langue des signes au demandeur. C'est complètement aberrant!

Comment préparez-vous vos clients que vous sentez fragilisés par leur vécu?

De ma place d'avocat, j'essaie d'être au plus proche de leur récit. Je m'appuie le plus possible sur les certificats médicaux qui restent des documents extrêmement importants. Et puis, c'est une bonne chose que de pouvoir avoir accès aux enregistrements de l'officier de protection. On peut voir le décalage qui existe entre ce qui a été retranscrit dans le compte-rendu et ce qui a été dit. J'ai en tête le cas de trois frères. Le premier a obtenu le statut en 2005 et l'autre en 2016. Pour le troisième, l'Ofpra motive un rejet. Pour des faits et un parcours

similaires. En quoi la Convention de Genève ne s'applique-t-elle plus? Lorsque j'écoute l'enregistrement, on entend clairement l'officier dire au requérant qu'il ne peut pas croire à son histoire. Il refuse clairement de lire les documents apportés. En quoi est-ce un entretien? Tout comme pour les audiences: on ne peut plus dire que c'en sont. C'est comme si la seule chose qui était écoutée pendant l'audience était ce qui permet de rejeter proprement une demande, et ceci dans le seul but de respecter les bons chiffres. A-t-on encore un droit d'asile?

Fin 2016, le Centre Primo Levi a publié un rapport intitulé « Persécutés au pays, déboutés en France ». En effet, plus de la moitié des patients du Centre Primo Levi, tous victimes de torture ou de violences extrêmes, ont été déboutés du droit d'asile. Pourtant ces personnes peuvent prétendre, pour la quasi-totalité d'entre elles, au statut de réfugiés. En s'interrogeant sur le nombre de refus et les arguments avancés dans les décisions, le Centre Primo Levi s'est rendu compte que l'une des raisons majeures pour lesquelles ces personnes étaient déboutées du droit d'asile était due aux effets du psychotrauma. L'amnésie, le syndrome de reviviscence ou celui d'évitement, la dissociation, la dépersonnalisation, les troubles de la concentration, etc., empêchent ces personnes de tenir un récit et un discours conforme à ce que les officiers de protection ou les juges de la CNDA attendent.

D'où l'importance, parmi les recommandations de ce rapport, de former ces professionnels de l'asile au psychotrauma et à ses effets. Afin de ne plus générer de faux déboutés.

La pluridisciplinarité comme cadre de travail

À la rencontre des personnes victimes de violences politiques

Dans des contextes politiques qui favorisent l'impunité la plus éhontée d'actes de violences infligées par l'homme, il est important de rappeler à quel point l'organisation en équipe pluridisciplinaire (« comme nécessité ») ou interdisciplinaire est indiquée pour la prise en charge de ce public.

La pluridisciplinarité comme cadre de travail est l'ADN du Centre Primo Levi. Dans l'accueil et les soins que nous proposons, nous reconnaissons que les personnes exilées que nous rencontrons portent une multitude de problématiques, de questionnements, de douleurs intimes, d'impossibilités réelles et ressenties. Les traumatismes sont cumulatifs, jamais au singulier. Celle ou celui qui se présente à nous ne s'adresse pas nécessairement à un médecin, un psychologue, un assistant social ou un juriste, reconnu comme tel; il s'agit avant tout d'une rencontre humaine caractérisée par l'écoute. Dès lors que cette posture bienveillante est au rendez-vous, la personne accueillie se met, le plus souvent, à parler de tout ce qui fait souffrance, à lister ses plaintes, à espérer des solutions... indifférente au titre et à la fonction de la personne en face. Les attentes sont immenses, en effet, quand le transfert est si massif.

Avec des personnes traumatisées, *effractées* par la violence, créer du lien, instaurer un cadre propice à la relation de confiance - préalable indispensable pour une prise en charge - est déjà thérapeutique en soi! C'est au professionnel d'instaurer ce cadre, de tisser des liens de qualité, de donner à comprendre, par l'exemple, que le patient est une personne complexe au centre de nos considérations. C'est aussi lui, le professionnel, qui dessinera le périmètre de son champ d'intervention,

qui rappellera qu'il ne peut être à toutes les places. Être organisé alors dans un cadre institutionnel pluridisciplinaire, ou, à défaut, en réseau resserré prêt à des échanges interdisciplinaires, prend tout son sens. En effet, afin de préserver son cadre d'intervention, dans les limites de ses compétences, il est important de pouvoir orienter le moment venu vers un collègue d'un autre champ. C'est encore mieux, bien évidemment, si cela se fait vers des personnes avec qui des liens de travail sont déjà établis, avec lesquelles une estime réciproque est acquise et une confiance dans l'éthique professionnelle de l'autre est approuvée.

L'expérience du Centre Primo Levi permet d'affirmer que l'approche pluridisciplinaire est particulièrement adaptée pour répondre de manière adéquate aux besoins multiples des personnes exilées: prise en compte des plaintes physiques et psychosomatiques, des douleurs multiples du corps souffrant, écoute des blessures et humiliations intimes, accompagnement social et juridique pour être réhabilité dans ses droits... Cette approche holistique n'est possible qu'avec un travail en équipe. Près de 80 % des patients pris en charge au cours d'une année bénéficient d'un suivi pluridisciplinaire. Près de 70 % ont plus de 30 consultations dans l'année. Pour que les personnes que nous accueillons puissent vivre, et non plus seulement survivre après la torture, il est en effet nécessaire de leur proposer une palette articulée de professionnels sachant travailler ensemble dans l'intérêt du patient, sachant accueillir l'autre, et se donnant le temps d'accueillir l'autre comme une personne singulière (et non comme une personne « à faire parler » ou une checklist de symptômes à faire disparaître...).

C'est aussi lui, le professionnel, qui dessinera le périmètre de son champ d'intervention, qui rappellera qu'il ne peut être à toutes les places

L'approche pluridisciplinaire et le travail en équipe sont particulièrement indiqués pour les professionnels également. Avec ces personnes qui ont bravé tant d'adversité et d'injustice pour être là, en face de nous, et qui nous ressemblent tant... le potentiel identificateur est grand pour les professionnels. On admire leur courage, leur dignité; on rage face à tant d'hostilité et de mépris à leur égard dans « notre » pays. Pour prévenir contre toute velléité de dérapage (vouloir trop faire, s'ériger en « sauveur » ou au contraire ne plus pouvoir écouter, entendre...) il est nécessaire de travailler avec d'autres. Partager un temps d'échanges institutionnalisés pour s'entendre parler différemment d'un même patient, affiner son regard et sa compréhension des enjeux en place pour son patient, être là pour soutenir un collègue, rechercher l'appui à son tour, partager ses hésitations, demander conseil, se donner le temps de penser les urgences, les crises... est un moment de travail indispensable. Tous les mardis après-midi, l'équipe du centre se réunit au complet pendant 4 heures pour ces échanges, pour se sentir et s'éprouver « équipe ». Une fois par mois, ce temps devient le temps de la supervision, avec une clinicienne hors-centre qui permet à l'équipe de prendre du recul et de questionner sa pratique.

Sibel Agrali, directrice du centre de soins Primo Levi

Adolescence, errance et traumatisme

Les enfants et les adolescents ont besoin d'un double accueil: un accueil physique, et un accueil de la parole. Ainsi se crée un espace de mise en mots des événements vécus. Le centre de soins devient un lieu d'élaboration qui favorise la transmission d'une histoire et non plus d'un traumatisme.

En 2007, nous avons consacré un colloque au sujet de la transmission et du témoignage¹. Cet événement nous a ouvert beaucoup de perspectives de travail. Nous avons pu établir qu'il existe deux positions face à la transmission du traumatisme. L'une prône l'oubli de l'événement traumatique comme moyen le plus efficace pour l'effacer. L'autre, au contraire, insiste sur l'importance de la mémoire et du souvenir afin de lutter contre les effets du trauma et leur transmission. Ces positions ont un point commun: elles considèrent toutes deux le traumatisme comme une forme de « maladie » transmissible. Lors d'un colloque, une invitée a proposé une image qui condense l'idée commune que l'on se fait de la transmission du trauma: il se propagerait comme « la radioactivité ». Cette métaphore permet d'évoquer deux éléments que l'on retrouve souvent dans cette problématique: le silence et l'invisibilité. Pour comprendre, reprenons ce que l'on entend par trauma. Le positionnement du Centre Primo Levi exclut la possibilité d'en donner une seule et unique définition. En effet, chaque discipline adopte sa propre vision du trauma, et sa propre proposition

de traitement. Aucune situation n'est traumatique en soi. Les conditions du trauma ne sont ni objectives, ni universelles. Elles sont indépendantes de la réalité socio-politique. En effet, pour que l'on puisse parler d'un trauma, il faut réunir certaines conditions qui sont d'ordre « hystorique »², c'est-à-dire que le trauma soit dénoué de la grande Histoire. En d'autres mots, il n'y a pas de réaction standard face à une catastrophe, face au malheur qui s'abat sur une personne, une famille, une ville ou un pays. Les réactions sont multiples, en fonction de la singularité de chacun. Mais alors, à quelles conditions peut-on repérer un trauma ?

Un sujet impliqué par l'événement mais pas victime

Il n'est pas rare que le traumatisme soit associé à la condition de victime. Le discours contemporain souffre d'un excès d'utilisation de ce terme: nous vivons dans l'empire des victimes³. Or, les personnes qui ont été affectées par des événements traumatiques ne se considèrent pas systématiquement comme des victimes. Ainsi, la première condition nécessaire afin que l'on puisse parler de trauma est

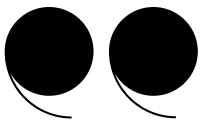
que le sujet soit impliqué par l'événement. Autrement dit, que le sens de sa vie, de son existence soit compromis par ce qu'il a vécu, sans aucun moyen d'y échapper.

L'errance

Si l'implication subjective est une des conditions du trauma, elle ne peut à elle seule favoriser sa compréhension. Un autre facteur est à introduire, celui de l'errance psychique, qui renvoie à l'abolition des notions de lieu et de déplacement⁴ directement causée par le traumatisme associé à la cruauté et la violence. Cette désorientation empêche la mise en mots, engendrant le dévoilement d'un manque constitutif du symbolique. En effet, certains éléments de l'histoire d'un sujet ne peuvent être lus qu'après un certain temps, étant illisibles sur le moment compte tenu de l'absence de signifiants ou de représentations pour le faire. Cependant, une trace reste et c'est elle qui peut être lue dans l'après-coup, notamment grâce au relais générationnel.

Génération et désorientations

C'est seulement depuis quelques années que l'on commence à admettre qu'il existe un lien entre le traumatisme non élaboré et l'errance psychique. Le départ de centaines de jeunes en Syrie, sans explication apparente, reflète une absence de transmission entre les générations et une non-élaboration d'un traumatisme. La plupart de ces jeunes partis pour faire le djihad sont nés en France, issus de parents et de grands-parents qui ont connu des événements violents: la colonisation, parfois des guerres ou des génocides. Aujourd'hui, ils ne connaissent de ces événements que le silence. L'errance est un phénomène qui ne touche pas seulement la première génération: elle se propage aux générations suivantes. En effet, il est parfois plus aisé de perpétuer l'errance que d'adhérer à l'aide qui pourrait en limiter les effets. L'errance s'incarne ainsi dans une forme de refus de secours, tout en étant une modalité de réponse au non-accueil des premières générations. Les violences endurées par les parents et les grands-parents, notamment à travers l'absence de



Lorsque l'on perd son lieu d'origine pour connaître une inhospitalité « radicale » dans un pays d'accueil, cela perpétue l'errance

réponses institutionnelles fixes et stables, n'ont pas permis de faire une élaboration psychique de ce qu'ils ont vécu. Rachid Benzine le montre de manière magistrale dans le dialogue épistolaire entre un père et sa fille partie faire le djihad¹. Tout le drame du traumatisme non élaboré se retrouve dans cette pièce qui montre bien l'impossible échange entre deux générations. C'est cette déchirure générationnelle que nous constatons quotidiennement dans nos consultations. Lorsque l'on perd son lieu d'origine pour connaître une inhospitalité « radicale » dans un pays d'accueil, cela perpétue l'errance. Cette absence physique de lieu en tant que chez-soi, associée à un défaut d'élaboration du traumatisme, produit des « non-lieux ».

Le « non-lieu »

J'ai pu en faire le constat lors de consultations avec des familles tchéchènes. Il m'arrive de me retrouver face à trois générations. La grand-mère, qui a survécu à la déportation de Staline en 1944. Un de ses enfants qui a connu les deux guerres en Tchétchénie en 1994 et 1999. Et enfin un ou plusieurs enfants nés dans un pays européen. Ils ne sont pas accueillis: leur combat est de trouver un lieu. Dans leur parcours, il n'y a pas de point d'arrêt. Il n'y a pas de ponctuation, car leur histoire commence d'un non-lieu pour tenter d'arriver quelque part. Ce qui me frappe, c'est l'abîme qui existe entre trois générations qui ont connu des déchirures si importantes, ainsi que l'impossibilité à trouver des espaces de transmission. Les entretiens à plusieurs sont souvent le seul moment dans leurs vies où les patients d'une même famille

peuvent se raconter ce qui s'est passé. Ce sont des moments très forts en émotions, parce qu'ils n'avaient jamais pu compter auparavant le nombre de personnes proches perdues dans leur parcours d'errance. C'est le moment de l'évocation des frères et sœurs, des oncles et tantes, des amis qu'ils ne verront peut-être plus jamais et dont ils ne parlaient plus par peur de l'effondrement. Notre présence permet aux patients de s'adresser à une personne dans leur langue, garante que quelque chose de leur douleur peut être entendue et déposée quelque part. Souvent, ils disent se sentir plus légers, soulagés d'un poids.

« Je viens de nulle part »

La douleur produit souvent un silence qui se fait entendre d'une génération à une autre. Il s'agit d'un deuil non élaboré, jamais dit. Les familles des exilés vivent un quotidien où chacun vit pour soi, dans une survie permanente. Un enfant d'origine soudanaise que je suivais pendant plusieurs années et qui a fini récemment ses études me disait à quel point il avait réalisé qu'il venait de « nulle part ». Il a à peine quatre ans quand sa famille est tuée pendant qu'il est à l'école. Un oncle décide, pour le protéger, de le confier à une amie de la famille qui part vivre dans une autre ville. Elle est tuée pendant le voyage. Il se retrouve dans la rue avec d'autres enfants et survit grâce à une femme qui le nourrit en échange de travail dans les champs. A dix ans, il rencontre un homme blanc, un religieux, qui lui paie le voyage pour venir en France. Une fois en France, on lui demande en permanence: « Tu viens d'où? ». Aujourd'hui, il répond: « Je viens de nulle part ».

La parole en errance

Il faut mesurer à quel point les enfants et adolescents qui n'ont connu que l'errance ont des liens avec leur corps, avec les lieux, avec les langues, complètement différents des nôtres. Leurs histoires sont remplies d'une instabilité des lieux d'échange. Finalement, cet endroit fixe qu'ils recherchent, peut-être le trouvent-ils dans nos consultations qu'ils utilisent comme le seul espace où ils se sentent écoutés. Ainsi, le centre de soins devient un lieu d'accueil de leur parole en errance qui n'a de cesse de se heurter à la difficulté de dire ce qui a fait trauma. À l'adolescence, un mouvement symbolique important se joue. Quand on doit se dire « fils de » ou « fille de », on reconsidère son rapport à l'origine. Ce moment n'est pas propre aux enfants exilés ou issus de l'immigration. Chacun a besoin de ces moments de rupture, de passage. La différence réside plutôt chez ces adolescents dans l'absence de discours sur les origines, sur leur passé. Souvent, ce qu'ils ressentent est un vertige du silence, du rien, un blanc sans histoire. Les effets du trauma sur les générations se ressentent dans des histoires non historicisées, des morts non célébrées, des langues erratiques, désenchantées. Et qui font de l'appartenance un sentiment fragile et honteux.

Armando Cote, psychologue clinicien, psychanalyste au Centre Primo Levi

1 Transmettre et témoigner, Dir. Cote et Patsalides, Paris, L'Harmattan, 2008

2 Lacan propose ce néologisme dans sa Préface à l'édition anglaise du séminaire XI, (Autres Ecrits, Paris, Le Seuil, Pp.571.) en 1976, pour montrer la coupure qui existe entre le symptôme hystérique comme modèle de la névrose et l'histoire, donc le récit que le patient en fait

3 Fassin et Rechtman, L'empire du traumatisme : enquête sur la condition de victime, Paris, Flammarion, 2007

4 Douville, De l'adolescence errante, Paris, Ed. des Alentours, 2016

5 Benzine, Nour, pourquoi n'ai-je rien vu venir ? Paris, Seuil, 2016

L'intervention d'un tiers pour réinventer sa pratique

Dans leur accompagnement, les professionnels peuvent se retrouver en difficulté face aux souffrances des personnes ayant vécu une violence extrême. Comment prendre du recul face aux propos entendus ?

La violence intentionnelle, qu'elle soit physique, psychique, commise ou suggérée, dans un pays où règne l'impunité, produit des effets dévastateurs sur celui ou celle qui la subit. En plus de leurs ressentis, les enfants éprouvent à travers leurs parents la peur, l'effroi, l'incapacité d'agir, la destitution d'une place de père ou

Cette mise en mots a pour objet si ce n'est d'empêcher, au moins de contenir la « contamination » traumatique

de mère qu'ils cherchent tant bien que mal à compenser. Les adultes se sentent défaillants dans la protection qu'ils aimeraient assurer, coupables, honteux, parfois anéantis. D'autres manifestations altèrent leur quotidien : éviter de prendre des transports par crainte qu'ils soient le lieu d'une tragédie, se taire face à une personne représentant l'autorité en place... Tous ces comportements ont bien sûr un effet sur tous les liens. Que ce soit au sein d'un couple, envers ses enfants, ses parents, ses amis ou avec le professionnel qui reçoit cette parole.

Ainsi, lorsque l'on a choisi d'être dans une relation d'aide, il y a de quoi se sentir démuni lorsqu'on n'y parvient pas. Il existe de nombreuses raisons à cela, notamment le contexte politique actuel qui, par des

délais toujours plus courts et des preuves toujours plus difficiles à fournir, ne favorise pas l'accompagnement qu'on souhaiterait mettre en place. Au contraire, ce contexte délétère potentialise les effets du traumatisme induisant un comportement « inadapté » (plaintif, inanimé, fermé, agressif...). Ce qui réduit les chances d'obtenir une protection légale.

D'où l'importance, en tant que professionnels, de s'octroyer des temps de réflexion et de partage d'expérience collectifs, pour venir rompre l'isolement ou la détresse dans laquelle on peut se retrouver. La torture et le régime de la terreur qu'elle instaure ont pour arme tout ce qui dégrade la langue. Quand les mots manquent, seule reste la cacophonie des maux. La symptomatologie liée aux traumas consécutifs à la violence politique peut se décrire en termes de paralysie, de sidération, d'anesthésie, autrement dit d'arrêt du mouvement. Il s'agit toujours de lutter contre les puissances de déliaison qui attaquent les figures de l'altérité, d'un point de vue non seulement subjectif et singulier mais aussi collectif.

Les espaces de supervision – dont bénéficie l'équipe du Centre Primo Levi et qu'elle propose à son tour – permettent de symboliser, c'est-à-dire de transformer les faits bruts entendus, les « blocs de réel », ces récits emprunts de violences, de cruautés, de transgressions auxquels les soignants sont exposés. Cette mise en mots a pour

objet si ce n'est d'empêcher, au moins de contenir la « contamination » traumatique. Dans sa relation à la personne victime de violence, il s'agit aussi de remettre en circulation sur le plan intrapsychique et sur le plan intersubjectif ce qu'une intentionnalité malveillante a tenté de faire disparaître. Cela passe aussi par la nécessité d'un travail constant de « réparation » de la langue pour faire à nouveau lien. La rencontre avec une personne qui a été « effractée » par la violence ne peut se faire sans soutenir l'écart nécessaire à la pudeur, cet espace transitionnel entre les sujets qui permet le « jeu ». Cette juste distance, progressivement travaillée et sans cesse réaffirmée, favorise la nouvelle instauration de limites, celles qui permettent notamment de distinguer ce qui provient du dedans (pulsionnel, fantasmatique) de ce qui provient du dehors (l'environnement). L'analyse de pratiques, en permettant à chacun d'exposer des situations qui le préoccupe, favorise la prise de recul nécessaire à sa pratique. Elle n'agit pas simplement au niveau individuel par la compréhension de mécanismes de défense, d'attitudes, qu'ils proviennent de la personne soutenue ou du professionnel. En engendrant une dynamique plus fluide, que ce soit au niveau d'une équipe ou d'un réseau, elle intervient aussi au niveau du collectif.

Marie Daniès, rédactrice en chef

L'organisation citoyenne pour soutenir les migrants

Depuis 2016, Cédric Herrou accueille sur son terrain des personnes en migration. Il a commencé l'accueil de façon totalement improvisée, avec très peu de moyens. Au fil des mois, l'accueil s'est organisé, et un véritable camp a vu le jour. Notre association DTC – Défends ta citoyenneté – a été créée à l'automne 2017 pour gérer le lieu. Des bénévoles plein temps sont présents, mais le camp est en autogestion : ce sont les demandeurs d'asile eux-mêmes qui gèrent les stocks de nourriture, préparent les repas, nettoient le camp, les couvertures, rangent les tentes, etc. Certains demandeurs d'asile ont décidé de rester vivre avec nous au camp jusqu'à la fin de leurs procédures (Dublin ou autre), et sont donc référents (ménage, cuisine, sanitaires, etc.). Les autres, de passage seulement, donnent un coup de main.

Il est important de noter que cette autogestion a été naturelle. Elle s'est créée au fil du temps, mais nous avons vite remarqué qu'elle était plus que nécessaire. Elle permettait de donner des rôles aux personnes vivant au camp, de leur donner une responsabilité. De leur faire comprendre qu'ils étaient importants – essentiels – au bon fonctionnement du lieu, au vivre-ensemble. Que leurs actions impactaient la communauté toute entière. Aussi anodin que cela puisse paraître, cette responsabilité occupe leur temps libre, leur permet de moins penser à leurs « problèmes », et les revalorise énormément : cela les soulage beaucoup.

À l'été 2017, un jeune Sierra-Léonais de 19 ans est arrivé au camp dans un état alarmant. Il avait été torturé à l'électricité en Libye et en gardait des séquelles

importantes. Il était complètement traumatisé, il avait peur de tout. Son petit frère était mort sous ses yeux, il se remémorait la scène en boucle : il se balançait le buste d'avant en arrière, et semblait toujours ailleurs. Très vite, nous lui avons proposé de jouer le rôle d'intendant du camp, qu'il acceptait avec grand plaisir. Bien sûr, il s'entourait toujours de personnes (qu'il formait à son tour) pour le suppléer dans les tâches. Il était très fier d'être le cuisinier chef. Durant l'été 2017, il a préparé des repas pour près de 200 personnes en même temps ! Il allait beaucoup mieux, l'évolution était stupéfiante. Puis arriva la phase Dublin : comme beaucoup d'autres, il avait déposé ses empreintes à la sortie du bateau en Italie, et la préfecture des Alpes-Maritimes a demandé à ce qu'il retourne en Italie. Plus l'échéance approchait, plus son état se détériorait : il n'arrivait plus à gérer ses tâches quotidiennes, il ne dormait plus la nuit, ses maux de dos empiraient, il devenait paranoïaque. Un soir, je l'ai retrouvé dans sa caravane pour discuter : il a fondu en larmes dans mes bras, en me disant qu'il ne s'était jamais senti aussi mal de tout son voyage. J'ai bondi : comment ? ! Après avoir traversé le désert, après avoir été esclave en Libye, après avoir été torturé à l'électricité, après avoir vu son petit frère mourir devant lui, après avoir pris le bateau, parcouru tout ce chemin, comment un petit bout de papier avec écrit Dublin dessus, comment un petit retour en avion en Italie pouvait le mettre dans un tel état... ? Et pourtant, cette histoire est loin d'être un cas isolé. Pour la majorité des demandeurs d'asile que nous avons connus, ce « petit retour en Italie » est une énorme marche arrière, et un traumatisme de plus.

Elle permettait de donner des rôles aux personnes vivant au camp, de leur donner une responsabilité. De leur faire comprendre qu'ils étaient importants – essentiels – au bon fonctionnement du lieu, au vivre-ensemble

À l'avenir, nous aimerions travailler sur l'accompagnement psychologique des personnes qui vivent au camp : mettre en place des séances tests avec des psychologues, voire des ethno-psychologues, des séances d'EMDR, de l'art thérapie, bref, tout ce qui pourrait les aider à vivre avec leurs traumatismes. Aujourd'hui, l'accompagnement psychologique est la dernière chose abordée quand on parle des demandeurs d'asile : le statut administratif et l'épineuse question Dublin, le manque de logement, les questions de l'intégration, de l'apprentissage du français et de l'accès au travail sont forcément en première ligne. Durant le moment de migration, de cheminement, les exilés se créent souvent une carapace, se blindent, pour pouvoir continuer d'avancer. Quand la migration s'arrête, il est difficile de savoir à quel moment il faut « ouvrir » la plaie. Parfois la carapace se brise d'elle-même, sans prévenir. La question que nous nous posons est : quand est-ce que ces personnes doivent avoir accès à un accompagnement psychologique, quand est-ce qu'elles peuvent y avoir accès, et par quels moyens ?

Marion Gachet, secrétaire de DTC (Défends ta citoyenneté)

L'irrigation

Probablement l'usage maladroit de la métaphore offre-t-il une diversion excessive et stylistique pour ironiser, ne pas nommer ce qui devient, avec le temps, de plus en plus innommable.

Que faire de l'eau qui s'écoule jusqu'à nous ? On ne sait pas d'où elle vient, quelle est sa composition, si elle a un goût de terre ou de montagne, si elle est bourrée de nutriments ou pauvre en sel, si elle est plate ou pétillante, si elle est potable ou impropre, pure ou impure. A en croire le courant dominant, notre tentative d'écoper cette eau à la petite cuillère serait vaine et ne ferait qu'entraîner un débit plus fort. Mieux vaut l'ignorer alors, ou la recouvrir de terre pour qu'elle cesse de s'écouler, et préférons celle du robinet, filtrée, traitée, contrôlée. Préférons l'eau officielle et laissons cette source naturelle à l'origine inconnue aux soins des autres, avant qu'elle ne vienne sur nos terres. Laissons la source naturelle se tarir d'elle-même, en Libye, dans le désert ou en Méditerranée, laissons-la doucement s'assécher avec le temps car viendra le temps où sûrement, assurément, il n'y aura plus de raisons qu'elle s'écoule.

Il y a eu l'explosion au Proche-Orient, les routes européennes embouteillées, les belles épopées, les grands sentiments, l'été 2015 distillant le jamais vu de mémoire télévisuelle. Elle était presque rôdée, cette histoire, parfaitement scénarisée, nous tenant en haleine au même titre que la saga estivale de 1991. On accueille, on n'accueille pas, entre des barbelés percés ici et là en trous de souris et des banderoles « Welcome » improvisées. Il s'est passé quelque chose, un sursaut porté par l'émotion, mais aussi quelque chose du genre « il fallait y être » ou du moins, avoir un avis, une opinion, un regard. Le drame migratoire devenait un drame collectif et européen, initiant des vocations professionnelles et des initiatives

citoyennes et individuelles se transformant peu à peu en associations, avec leur logique d'appels d'offres, de financements et de règles diverses.

En trois années, des rigoles ont été construites pour que la source naturelle puisse mieux s'écouler : elle peut être hébergée, faire du sport, se distraire, se former, être parrainée, faire des stages, avec même des applications pour smartphone. La source naturelle est à la pointe de l'épanouissement personnel et du 2.0, à condition qu'elle ait atteint la rigole sans sortir de son cours avant de se mêler, plus en aval, à l'eau du robinet.

Et la suite est venue d'elle-même, les rigoles sont devenues de plus en plus étroites, à force de barrages de plus en plus hauts. Elles ne sont plus dans la vallée, proches de nos portes. Elles sont maintenant tout près de l'origine de la source et le filet est devenu un goutte-à-goutte, sombrant ou errant au large des ports, au mépris des lois maritimes et humaines. Quand la goutte a passé le barrage méditerranéen, on l'ausculte attentivement, isolée dans un bocal, presque à la loupe, on s'assure de sa provenance pour juger de sa pureté et lui permettre de franchir le barrage suivant. Car le constat est clair, cynique. Il y aurait bien trop de gouttes non filtrées qui seraient sorties du cours, dévalant jusqu'au cœur de la vallée, emportant avec elles tout un tas d'impuretés, la rendant boueuse, impropre, trouble. Si trouble qu'elle ne saurait rejoindre l'eau du robinet et le dernier barrage devient alors infranchissable. Si trouble qu'on préférerait la rendre stagnante à nos

portes. On va quand même de temps à autre faire un tour autour de cette mare un peu curieuse, noter quelques observations sur son évolution, tel un TP de SVT en 4ème, s'étonnant presque du cours naturel des cycles : qu'elle ait attiré de nouveaux êtres vivants non identifiés, la rendant jour après jour encore plus impropre et impure.

Finalement, mieux vaut ne pas filtrer l'eau de la mare mais plutôt rétrécir les rigoles et renforcer les barrages. Ensuite, assécher la source naturelle, même si elle est ancestrale. Même si, à terme, elle raréfie l'eau du robinet. On y réfléchira le temps venu...

Elise Plessis, assistance sociale au Centre Primo Levi

Agenda

Bibliographie

À VOIR !

26 septembre : sortie du film « LIBRE »

La Roya, vallée du sud de la France frontalière avec l'Italie. Cédric Herrou, agriculteur, y cultive ses oliviers. Le jour où il croise la route des réfugiés, il décide, avec d'autres habitants de la vallée, de les accueillir. De leur offrir un refuge et de les aider à déposer leur demande d'asile. Mais en agissant ainsi, il est considéré hors la loi... Michel Toesca, ami de longue date de Cédric et habitant aussi de la Roya, l'a suivi durant trois ans. Témoin concerné et sensibilisé, caméra en main, il a participé et filmé au jour le jour cette résistance citoyenne. Ce film est l'histoire du combat de Cédric et de tant d'autres.

À la rentrée, formez-vous !

LE 19 OCTOBRE: Le droit d'asile

LE 16 NOVEMBRE: L'accompagnement social

LES 21 ET 22 NOVEMBRE: Les mineurs non accompagnés

14 DÉCEMBRE: Les effets transgénérationnels

Capogna-Bardet, Ghislaine, (Dir.)

Clinique du trauma

Toulouse, Erès, 2014

Centre Primo Levi

Persécutés au pays, déboutés en France. Les failles de notre procédure d'asile

Paris, 2016

Centre Primo Levi et Médecins du Monde

La souffrance psychique des exilés, une urgence de santé publique

Paris, 2018

Comede

Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement

Guide pratique pour les professionnels, 2015

Cote, Armando et Patsalides, Béatrice (Dir.)

Transmettre et témoigner : Les effets de la violence politique sur les générations - Hommage à Primo Levi

Paris, L'Harmattan, 2008

Douville, Olivier

De l'adolescence errante. Variations sur les non-lieux de nos modernités

Paris, Editions des Alentours, 2016

Fassin, Didier, Rechtman, Richard

L'empire du traumatisme : enquête sur la condition de victime

Paris, Flammarion, 2011

Pestre Elise

La vie psychique des réfugiés

Payot et Rivages, Paris, 2010

Saglio-Yatzimirsky, Marie-Caroline

La voix de ceux qui crient

Paris, Albin Michel, 2018

Mémoires,
seul magazine
consacré aux effets
de la violence
politique, de la
torture et de l'exil
traité de manière
pluridisciplinaire



1 an =
20 euros

2 ans =
35 euros

ABONNEZ-VOUS DIFFUSEZ LE PDF

Pour vous abonner ou télécharger le numéro en PDF,
rendez-vous sur notre boutique en ligne :

www.boutique-primolevi.org

Informations et abonnement : mdanies@primolevi.org