

LE TEMPS

EXIL Mercredi 3 mars 2010

Chaque culture dit la souffrance à sa façon

Par Sylvie Arsever

Les psychiatres et les psychothérapeutes qui prennent des réfugiés en charge sont amenés à faire évoluer leur pratique et à réviser leurs certitudes. Deux d'entre eux en parlent

Ils travaillent à Appartenances-Genève, centre de consultations psychologiques, de prévention et de recherche pour migrants. Au fil de leur travail avec des personnes venues d'ailleurs, porteuses parfois de souffrances indicibles, ils ont vu évoluer leur pratique. Betty Goguikia Ratcliff, psychologue-psychothérapeute et enseignante à la Faculté de psychologie genevoise, et le psychiatre responsable Olivier Strasser ont codirigé un ouvrage collectif sur ce thème¹. Ils organisent une table ronde jeudi soir².

Le Temps: Vous avez intitulé votre livre «Clinique de l'exil». Pourquoi l'exil?

Betty Goguikia Ratcliff et Olivier Strasser: L'exil est une migration forcée. Tout changement implique des pertes. Mais la possibilité de planifier un départ, même en le redoutant, ou de le rêver permet de digérer ces pertes. L'exil est une éjection brutale, rendue inévitable par une situation de violence. Les liens avec le pays d'origine sont rompus et la société d'accueil n'a pas été choisie. Elle n'a pas choisi non plus d'accueillir quelqu'un qui, en raison des difficultés traversées, n'est pas en mesure de devenir rapidement rentable. L'exilé a perdu la maîtrise de sa vie.

- Il provient aussi d'une autre culture. C'est important?

- Nous sommes habitués à penser par oppositions: c'est physique ou c'est psychique, il y a de la fièvre ou non, etc. Nos patients mettent ces catégories en échec, c'est souvent pour ça qu'on nous les adresse. Ils évoquent peu des souffrances psychiques: ils ont mal partout. La façon dont la souffrance se manifeste est conditionnée par la culture. Ils expriment souvent la leur avec leur corps.

- Que peut alors faire le thérapeute?

- Il doit d'abord se décentrer. Prendre conscience de ce que son propre cadre de référence a de culturel. La grande majorité des approches psychothérapeutiques sont axées sur la parole: il faut dire le traumatisme pour se reconstruire. Nos patients ont souvent subi des traumatismes massifs - tortures, viols de guerre, par exemple - et proviennent de mondes où la parole a un sens très différent, où la dignité peut passer par le silence. Exiger d'eux qu'ils racontent, c'est leur imposer une nouvelle intrusion, voire les placer dans une situation impossible. Une femme qui dit qu'elle a été violée risque souvent de se couper de sa famille. Il faut composer avec ça.

- Mais comment peut-on soigner une souffrance qu'on ne dit jamais entièrement?

- Nous travaillons de l'extérieur vers l'intérieur. Nos patients sont souvent comme des écorchés, nous essayons de créer un cocon protecteur qui leur permet de puiser dans leurs propres ressources de résilience. Cela peut passer par le lien, souvent au long cours, que nous instaurons avec eux, par la fréquentation d'un groupe thérapeutique, par l'amélioration de leurs conditions sociales. Nous

sommes, à ce point de vue, plus interventionnistes que beaucoup de nos confrères. Mais nous n'imposons pas la parole: avoir le choix de dire ou non ce qu'on a subi, c'est une manière de reprendre la maîtrise de sa vie.

- Mettre l'accent sur la différence culturelle, n'est-ce pas une autre façon d'exclure?

- Cela peut l'être. Lorsqu'un médecin ne parvient à rien avec un patient, il a tendance à dire: «C'est tout dans la tête.» Si le patient provient d'une autre culture, il dira peut-être: «C'est culturel.» C'est la mauvaise manière de procéder.

- Et la bonne?

- C'est de voir les gens dans leur contexte: culturel, mais aussi social, historique, etc., et tenter d'aménager un espace thérapeutique où le patient puisse nous rejoindre, quitte à adopter certaines références de sa culture.

- Ne risquez-vous pas de perdre vos repères?

- Il y a un fil rouge: c'est la relation clinique, l'évolution du patient. Et nous avons des supervisions pour mettre notre pratique en question.

- Vous évitez de contraindre vos patients à la parole mais pour obtenir l'asile, il leur faut parler...

- C'est une des raisons pour lesquelles cela se passe souvent si mal. Leurs réactions d'évitement lorsqu'on les interroge sur des tortures subies, par exemple, sont interprétées comme des signes de mauvaise foi...

- C'est cet aspect des choses qui vous amène à ce que vous qualifiez de «pratique engagée»?

- La violence intentionnelle fait perdre la confiance dans autrui. Elle déshumanise, ce qui est souvent son but. Face à quelqu'un qui a subi une telle violence, on ne peut pas rester dans la neutralité bienveillante qui est l'attitude classique du psychothérapeute. Nous devons dire clairement que ce qu'on leur a fait est mal: cela fait partie de la reconstruction des repères. Et nous voyons que certains aspects de la procédure d'asile font du mal à nos patients. Cela nous choque en tant que citoyens, ce qui nous amène à réagir en citoyens ou à dénoncer ces pratiques.

1. «Clinique de l'exil, chroniques d'une pratique engagée», Georg.

2. «Précarité, exclusion sociale et santé mentale des réfugiés et requérants d'asile: comment rendre l'autre fou?» Genève, Uni-Mail, jeudi 4 mars à 18h30, salle MS130.

LE TEMPS © 2009 Le Temps SA



recension d'un livre

Le corps et le psychothérapeute

Dans un imposant ouvrage*, Michel Heller, Dr psych. et psychothérapeute FSP, invite ses collègues à s'interroger sur la place qu'ils accordent au corps en psychothérapie. L'ambition est grande: à partir d'une présentation historique des grands courants de la pensée humaine qui se sont intéressés au corps (de la pensée orientale en passant par Descartes, Darwin, jusqu'à la communication non verbale), l'auteur étudie comment s'articulent en chacun d'eux, avec les prolongements psychothérapeutiques qui s'imposent, les quatre dimensions constitutives de l'organisme humain: métabolisme, corps, comportement et psychisme. Celles-ci sont thématiques dans un modèle, le Système des Dimensions de l'Organisme, grâce auquel toutes les pratiques psychothérapeutiques peuvent être analysées et regroupées. Tout psychothérapeute gagnera à lire certains chapitres, qui l'interrogeront concrètement sur l'attention qu'il porte à la respiration de son patient, à sa manière d'être assis ou encore à sa façon d'exprimer ses émotions à l'aide de métaphores corporelles. Souhaitons que l'auteur nous transmette prochainement son travail sous forme d'un ou deux articles concentrés.

Résumé: Nicolas Duriz

**Psychothérapies corporelles*
Fondements et méthodes, Michel Heller,
Ed. de Baeck, Bruxelles, 2008, 671 p.

Trois questions à...

Betty Gognikian Ratcliff, Docteur en psychologie, Université de Genève (FPSE)

Pouvez-vous nous dire en quelques mots de quoi parle votre livre* ?

Quels sont les aspects abordés par l'ouvrage ?

L'ouvrage traite de la clinique d'un sous-groupe particulièrement vulnérable de migrants, à savoir les demandeurs d'asile et les réfugiés ayant vécu des persécutions, entrés en Suisse par la «porte de l'asile».

L'exil est une problématique très actuelle sur le plan politique; mais totalement négligée dans nos modèles théoriques. Or, si la détresse psychique des réfugiés est souvent palpable, la manière de leur venir en aide constitue un réel défi...

Pourquoi avoir choisi d'aborder la thématique de la santé mentale des réfugiés ?

La santé mentale des réfugiés se situe à l'articulation de trois thématiques, le traumatisme, la migration et la précarité sociale. Ces individus cumulent les facteurs de risque et les handicaps sociaux et répondent mal à nos pratiques de soin habituelles. Les différents chapitres de l'ouvrage, rédigés par des cliniciens travaillant dans des milieux associatifs et institutionnels romands et français illustrent par des études de cas des problématiques spécifiques à cette population (parent disparu et deuil impossible, viol de guerre et secrets de famille, formulation culturelle d'un diagnostic; psychothérapie avec un interprète, etc.).

Un chapitre de synthèse met en lumière les implications et les paradoxes engendrés par cette clinique.

Quelles sont les solutions que votre ouvrage apporte ou suggère ?

La clinique de l'exil nous confronte plus que toute autre à la question de l'altérité: les individus que nous sommes amenés à soigner ont une connaissance très limitée de notre langue, de notre culture en tant que système de pensée et de valeurs, de notre système de soins et de nos institutions. Ils doivent faire face à des conditions de vie précaires et des démarches juridiques et administratives très éprouvantes sur le plan psychologique et social, ce qui engendre déception en un premier temps, puis découragement, perte d'estime de soi, et impuissance apprise.

Par conséquent, entreprendre un traitement qui viserait uniquement à induire une remise en question personnelle ou un travail sur soi risque de provoquer des malentendus et des ruptures. C'est la raison pour laquelle les auteurs plaident pour des prises en charge multifocales ou multidimensionnelles dans une optique à la fois interculturelle et clinique sociale.

*Gognikian Ratcliff, B. & Stesser, O.
(dir.) (2009) *Clinique de l'exil: chroniques d'une pratique engagée*
Genève: Georg édititeur

Une table ronde intitulée «Précarité, exclusion sociale et santé mentale des réfugiés: comment rendre l'autre son ?» aura lieu le 4 mars 2010 à 18h30 à Uni Mail à Genève, salle MS130. Entrée libre.

«Le durcissement des lois affecte la santé psychique des migrants»

02.03.10 | Rubrique(s): [Revue de presse](#) | [Lien](#)



Mardi, 2 mars 2010

INTERVIEW – L'association Appartenances-Genève publie «Clinique de l'exil», un ouvrage consacré à la prise en charge thérapeutique des réfugiés de guerre, une population particulièrement vulnérable.

Fondée quatre ans après son aînée vaudoise, l'association Appartenances-Genève oeuvre depuis 1997 en faveur de la santé mentale des migrants. Parmi ses domaines d'activité, le traitement de requérants d'asile et de réfugiés victimes de persécutions et poussés à l'exil. Une population particulièrement vulnérable qui cumule traumatismes psychiques et somatiques. La pratique mise en place par l'équipe de psychologues et de psychiatres genevois fait l'objet d'un livre, *Clinique de l'exil, chroniques d'une pratique engagée* paru il y a quelques semaines. Entretien avec les coordinateurs de l'ouvrage, Betty Goguikian Ratcliff – enseignante-chercheuse à l'université de Genève et psychothérapeute à Appartenances – et Olivier Strasser, psychiatre responsable de l'association.

Qui sont les patients qui sont soignés dans votre clinique de l'exil?

Olivier Strasser: Ce sont pour la plupart des civils victimes de guerre, dont beaucoup ont été torturés au sens de la définition de l'ONU. Requérants d'asile, admis provisoires ou dans l'attente d'un renvoi, ils proviennent principalement des Balkans et de plusieurs pays d'Afrique, comme la Somalie et le Congo. Deux tiers de femmes et un tiers d'hommes. Depuis quelque temps, nous voyons aussi plus d'enfants de la deuxième génération. Forcés à l'exil, ils arrivent en Suisse avec leurs traumatismes et sont placés dans une situation de dépendance par rapport à l'autorité. Et le moins que l'on puisse dire, c'est qu'ils ne se sentent pas désirés... Cela engendre une frustration énorme.

De quoi souffre majoritairement cette population?

Betty Goguikian Ratcliff: On peut dire globalement que nous traitons des cas aggravés de syndrome de stress post-traumatique. Les symptômes sont des cauchemars, des troubles du sommeil, des flashback, des problèmes de mémoire et de concentration. Physiquement, ils se plaignent très souvent de maux de tête et de dos. Une manière culturelle d'exprimer sa souffrance. Ces douleurs chroniques ne répondent pas aux traitements habituels, c'est d'ailleurs pour cela que ces personnes nous sont adressées. O.S.: Toutes ces pathologies sont très handicapantes pour reprendre une vie normale, apprendre une nouvelle langue. Comment refaire confiance à un être humain ou à une administration quand on est allé aux frontières de la mort suite à des violences d'origine intentionnelle et humaine? La conséquence est un retrait social, un isolement, y compris par rapport aux proches, ces personnes sont dans l'impossibilité de communiquer sur leurs souffrances.

Quelle est cette «pratique engagée» que vous avez développée et que vous revendiquez dans votre approche thérapeutique?

O.S: Elle se distingue de la «neutralité bienveillante» qui imprègne traditionnellement la pratique occidentale, sans jugement ni conseils. Où la véracité de ce que raconte le patient n'est pas déterminante. Mais avec des victimes de torture, par exemple, afficher cette neutralité devient cruel. C'est difficile de relativiser leur vécu! Sinon, on se coupe immédiatement de la relation. Et ces personnes le vivent comme une confirmation du rejet qu'ils ressentent en général.

Vous dites que le récit du patient acquiert un statut de témoignage.

B.G.R.: La toile de fond, ce sont des faits de guerre et des exactions de masse. Une réalité dont nous avons eu connaissance, comme tous les citoyens, par les canaux médiatiques et autres. Le récit du patient devient ainsi un témoignage. Il ne se prend pas pour une victime, il est une victime. Et moi, je dois m'indigner, aider la personne à réorganiser le monde selon des critères éthiques et moraux. Je suis de son côté afin qu'elle sorte d'une certaine confusion entre le bien et le mal. Le travail consiste aussi à établir progressivement un lien entre ce corps qui souffre et le traumatisme psychique. Mais on ne va pas reconstruire d'emblée les scènes traumatiques. Ce n'est pas envisageable. Il nous arrive même de soigner quelqu'un avec des non-dits. Par contre, on doit recontextualiser. L'exemple d'une femme violée: il s'agit de prendre en compte que l'intention de son bourreau n'est pas d'ordre personnel, mais l'expression d'une haine qu'un groupe humain voue à un autre. Il faut démonter les ressorts culturels que le bourreau a utilisés pour anéantir socialement l'adversaire.

L'interprétariat joue un rôle central. Or vous dénoncez l'absence de financement de cette prestation. Qu'en est-il?

O.S.: Chez nous, les interprètes ne sont pas uniquement là pour résoudre les problèmes de langue. Ils sont aussi des médiateurs culturels qui aident le thérapeute à remettre l'expression du patient dans son contexte, ce qui évite les malentendus et contribue à un sentiment de reconnaissance de son altérité ou de sa différence. C'est une condition essentielle pour l'accès aux soins dans des conditions équitables.

B.G.R.: En théorie, la Constitution fédérale garantit la non-discrimination en raison de la langue, donc l'interprétariat communautaire. Le problème, c'est que rien ne dit qui doit payer les frais qui en découlent. Et les assureurs maladie ne veulent pas en entendre parler. Du coup, notre association s'est retrouvée dans une situation financière difficile, avec un gros déficit lié à ces dépenses. Résultat: depuis deux ans, nous ne pouvons presque plus prendre de nouveaux patients non francophones si l'institution qui les adresse ne peut assumer le financement d'un interprète. Ceci pour privilégier les traitements en cours. Mais nous espérons que la situation se débloquera au niveau politique.

Quel regard portez-vous sur la politique migratoire suisse?

B.G.R.: Comme ailleurs en Europe, la loi se durcit au fil des révisions. A travers notre pratique, nous observons l'impact délétère que ces tours de vis successifs ont sur la santé psychique des migrants. C'est la raison d'être de notre livre. L'obtention de l'asile implique une procédure juridico-administrative lourde et interminable. Lorsqu'une décision de renvoi a été prise, ces familles vivent des fois durant des mois avec la menace d'être renvoyé à tout moment. Et même si l'issue est favorable avec l'obtention du statut de réfugié, cette attente pleine d'incertitudes et de contraintes administratives entame les chances de reconstruction et d'intégration. O.S.: L'une des caractéristiques de cette procédure est aussi qu'il faut toujours avancer de bonnes raisons médicales pour espérer obtenir quelque chose. Les gens doivent montrer qu'ils sont malades s'ils veulent rester en Suisse. D'un côté, on crée toutes les conditions pour empêcher leur intégration et, de l'autre, on les traite de profiteurs parce que les soigner coûte cher à la société. Cette «double contrainte» peut rendre fou ou peut être extrêmement déstabilisante. I

Note : *1*Collection médecine société, Georg, 2009.

Table ronde, jeudi 4 mars, 18 h 30, Uni-Mail salle MS130, «Précarité, exclusion sociale et santé mentale des réfugiés et requérants d'asile: Comment rendre l'autre fou?». Avec Thierry Baubet, psychiatre (Paris); Claudio Bolzman, sociologue et professeur HETS (Genève), Yves Brutsch, juriste (Genève), Betty Goguikian Ratcliff, Patrice Guex, psychiatre, (Lausanne), Jean-Claude Métraux, pédopsychiatre et cofondateur d'Appartenances (Lausanne).

Olivier CHAVAZ

L'exil peut rendre malade, parfois fou

16.02.10 | Rubrique(s): [Revue de presse](#) | [Lien](#)

TRIBUNE DE GENÈVE

Mardi, 16 février 2010

Comment prendre en charge les souffrances de la population migrante? Un médecin et une psychologue témoignent de leur pratique engagée.

Tortures, massacres, viols, oppression. Parce qu'elle a subi ces violences extrêmes, parce qu'elle en a été le témoin trop privilégié, la population de réfugiés est particulièrement fragile. Après avoir mis leurs dernières ressources physiques et mentales dans la fuite, un exil forcé plutôt que choisi, ces hommes, ces femmes et ces enfants, candidats à l'asile, croient parvenir chez nous au bout de leur voyage. Mais d'autres épreuves les y attendent avant qu'ils puissent poser leurs valises, ou pas. C'est dans ce contexte, à la croisée d'enjeux culturels, politiques, économiques et sanitaires, qu'intervient l'association Appartenances. Celle-ci est active en Suisse romande et à Genève depuis douze ans dans les soins psychologiques, le soutien et l'intégration des familles migrantes. Quelles sont les particularités de cette mission? Réponse avec Olivier Strasser, médecin psychiatre, et Betty Goguikian Ratcliff, docteur en psychologie, qui ont dirigé l'ouvrage collectif *Clinique de l'exil* (Ed. Georg).

■ Les femmes et les enfants d'abord. Les femmes migrantes sont deux fois plus nombreuses à bénéficier d'un soutien psychologique. Outre le fait qu'en psychiatrie aussi la gent féminine consulte plus, cette prédominance tient, dans le cas des réfugiées, à d'autres facteurs. «Elles sont souvent issues de sociétés patriarcales et dépendent fortement de la communauté. Ces femmes souffrent particulièrement de la décomposition du tissu social», explique Betty Goguikian. Une partie d'entre elles ont été victimes de violences sexuelles, de viols de guerre, d'abus prémigratoires qui ont des effets dévastateurs sur leur santé physique et psychique, et nécessitent une prise en charge.

Moins nombreux, les hommes reçus chez Appartenances sont dans la force de l'âge, entre 20 et 39 ans, mais dans l'incapacité de remplir leur rôle. Celui du moins qui, dans leur pays d'origine, veut qu'ils occupent la place du chef de famille pourvoyant aux besoins et à la sécurité de celle-ci. «Or, selon leur statut de réfugiés, ils ne peuvent envisager une activité. Alors que les femmes trouvent à s'occuper facilement dans les tâches quotidiennes comme les repas, même dans un foyer d'accueil, eux zonent. Et cela les rend malades», explique Betty Goguikian. Désarmés, ils sont aussi dans l'impossibilité de transmettre leur souffrance. «Dans leur culture, un homme ne pleure pas, ajoute Olivier Strasser. Le travail de thérapie se fait le plus souvent sur le non-dit.» Quant aux enfants, ils sont au carrefour d'une double difficulté. Celle d'avoir été témoins d'atrocités dont ils supportent les effets traumatiques et celle de ne pouvoir trouver le réconfort ni la sécurité nécessaires à leur développement chez des parents qui, de par leurs propres douleurs, ne sont plus toujours en mesure d'assumer leur rôle.

■ Stress, l'effet domino. Le mal-être psychologique de certains candidats à l'asile se traduit par une somatisation devant laquelle les médecins se trouvent impuissants en termes de réponses thérapeutiques. Maux de tête, de dos, palpitations, douleurs diffuses et fourmillements dans les membres sont des symptômes récurrents. «On retrouve aussi chez ces patients tous les signes liés au stress post-traumatique: insomnies, cauchemars, flash-back, angoisses, sentiment de dépersonnalisation, troubles cognitifs de la concentration et de la mémoire», explique Betty Goguikian. Ceci a des conséquences évidentes sur leur capacité d'apprentissage et compromet celui de la langue du pays d'accueil.

S'ajoute à ce domino de difficultés le harcèlement administratif auquel le requérant est soumis.

Chaque durcissement des lois et des conditions d'accueil a des conséquences délétères sur la santé psychique des exilés. «Ils vivent dans une incertitude prolongée et un climat de suspicion qui réactivent les traumatismes déjà vécus, insiste Olivier Strasser. Les peurs d'ici font écho aux peurs de là-bas.»

■ L'impossible neutralité des thérapeutes. A ce stade se pose alors la question de l'attitude du thérapeute. «La neutralité serait cruelle», répond Olivier Strasser, défendant l'idée d'une pratique engagée. La délivrance d'un permis de séjour est parfois suspendue à son avis de professionnel de la santé. D'un autre côté, les thérapeutes sont en lien étroit avec des réseaux sociaux élargis. «Aider à recréer un cadre de vie normal – scolarisation, travail, logement – c'est déjà pour nous un acte thérapeutique», affirme Betty Goguikian. Olivier Strasser vise aussi une démarche systémique. «Il nous faut s'intéresser à toute l'histoire du sujet. On ne peut pas se limiter à ses seuls problèmes psychologiques.» Ceci pose la question du dialogue interculturel et de la langue. Sur ce point, une particularité de la clinique de l'exil est la présence souhaitée d'interprètes. «Ceux-ci sont de véritables médiateurs culturels et permettent d'utiliser les ressources de la communauté, alors que le travail du thérapeute est individuel.»

Enfin, le psychologue engagé dans cette voie accepte aussi d'être un témoin, parfois silencieux, lorsqu'il devient le dépositaire de confessions qu'il ne peut révéler au risque de briser des équilibres familiaux fragiles. Un témoin en colère, prêt à dénoncer la folie des hommes.

■ *Plus d'infos sur le site www.appartenances-ge.ch. Table ronde: «Précarité, exclusion sociale et santé mentale des réfugiés: Comment rendre l'autre fou?», 4 mars, à 18 h 30, Uni Mail.*

ESTELLE LUCIEN

Les soins aux personnes migrantes, aux «sans voix»

Nécessité d'une clinique transculturelle

Jean Martin

Ancien médecin cantonal vaudois et membre de la rédaction du BMS

Préambule

Récemment a été présenté à Lausanne et Genève «Clinique de l'exil», dont la plupart des auteurs sont des collaborateurs des associations Appartenances (Genève et Vaud), œuvrant dans le domaine de la santé mentale des migrants. Suite à huit ans passés outremer au début de sa carrière, celui qui rédige ces lignes a été marqué par les défis de la relation thérapeutique avec des patients dont les cadres de références sont différents des nôtres, et ceci d'autant plus qu'ils ont passé par de lourdes épreuves.

Le journaliste Laurent Bonnard, animant une table ronde lors de la présentation, a eu ce commentaire: «J'ai trouvé cette lecture d'un très grand intérêt mais en suis sorti furieux – contre moi-même – de ne pas mieux me souvenir que ces choses existent.» En réalité, il ne va pas de soi de faire face quotidiennement au fait que beaucoup des personnes «échouées» en Suisse, par la force des courants qui les ont ballottées et leurs tentatives de s'en sortir, ont vécu des trajectoires aussi dramatiques, ont passé par des violences majeures, torture, viol, deuils liés à la guerre, déstructurations familiales et sociales. On est pris par l'envie de ne pas en entendre plus. Je pense par exemple à cette séquence de «La Forteresse», film de Fernand Melgar sur la vie d'un centre d'enregistrement de requérants d'asile [1]: Un couple de Colombie, qui était engagé dans la vie locale d'une manière déplaisant aux puissants, raconte comment un de ses enfants a disparu; après l'avoir cherché sans succès, on a vu un jour son cadavre, démembré, descendre la rivière. On

peut survivre à de telles atrocités, les personnes qui consultent le démontrent, mais comment survit-on?

L'ouvrage

Son objectif initial était de marquer le douzième anniversaire d'Appartenances-Genève (Appartenances-Vaud œuvre elle dans son canton depuis 1993 et a été créée à Lausanne, dans le contexte de la guerre des Balkans, par Jean-Claude Métraux, pédopsychiatre ayant travaillé au Nicaragua avec des groupes touchés par la guerre). Les objectifs d'Appartenances sont à la fois de nature psychologique et sociale: soigner les troubles psychiques et aussi aider ces personnes à mobiliser leurs propres ressources, y compris communautaires, pour faire face aux bouleversements de l'exil, et trouver une place dans la société de nouvelle résidence.

«Clinique de l'exil» comporte une quinzaine de contributions par 19 auteurs. La plupart sont psychothérapeutes (psychologues ou médecins), certains en milieu hospitalo-universitaire, deux sont linguistes.

Une pratique spécifique

Le principe d'une sensibilisation et d'une formation des soignants aux spécificités de l'approche et des soins aux personnes venues d'ailleurs est bien reconnu aujourd'hui [2-6]. Nous n'en sommes plus au «syndrome transalpin» d'il y a un demi-siècle, qui évoquait péjorativement des comportements démonstratifs, jugés pusillanimes, de travailleurs migrants venus d'Italie (des allégations de ce type se voient encore s'agissant de demandes faites à l'assurance-invalidité, mais pas seulement par des migrants). Même si le besoin est reconnu, les compétences y relatives sont loin d'être suffisamment répandues.

Françoise Sironi, préfacière du livre, psychothérapeute, enseignante à l'Université de Paris VIII, qui a dirigé le Centre d'ethnopsychiatrie Georges Devereux, parle de psychologie géopolitique clinique (née de l'ethnopsychiatrie), qui «prend en compte l'impact normal ou pathologique résultant de l'articulation entre Histoire collective et histoire singulière, et permet de rendre compte de la singularité des psychopathologies qui émergent suite à des expériences collectives violentes». Noter qu'elle «est plus une théorie des effets qu'une théorie des causes, s'intéressant à ce qui est produit par le politique» sur l'individu. «Les cliniciens y sont des passeurs entre deux mondes, qui permettent à l'autre de parler selon ses propres catégories de pensée.»

jean.martin@saez.ch



Les femmes, ainsi que les enfants, sont particulièrement vulnérables. Spécialement là où le viol est utilisé comme une arme.

Les mauvais traitements rendent muet et privent de la vie qu'on aurait dû avoir

Dimension majeure, les mauvais traitements, la torture en particulier, rendent muet. «La torture est plus faite pour faire taire que pour faire parler» (Sironi). «Un des principaux effets de la violence extrême est de faire taire» (Henriques, cité par B. Goguikian). Y compris quand, ayant survécu, on cherche de l'aide. Pour cette raison et d'autres, précarité matérielle, clandestinité,

contre-indiqué mais ce secret perturbe gravement toute l'existence, particulièrement celle d'épouse et de mère.

M. Hauswirth et G. Hatt illustrent la difficulté de prendre soin de ces situations de bouleversement dont on ne peut parler – y compris, durant toute une première période, entre patiente et soignant. «La question du «dire ou ne pas dire» n'est donc pas réglée une fois pour toutes (...) Cela signifie pour la thérapeute,

«La neutralité est impossible, car les problématiques que nous traitons, conséquences de pratiques répressives, font de nous des témoins privilégiés»

méconnaissance de la société dite d'accueil, ces personnes n'arrivent plus à parler en leur propre nom, sont des sans voix. Avec une image d'elles-mêmes faussée, misérable ou même absente (Th. Baubet parle d'hémorragie narcissique)*. Les dominent comme une chape des sentiments d'impuissance et de honte voire de culpabilité. On se souvient ici que souvent, et indépendamment d'un contexte de violences à large échelle, les enfants et adultes battus imaginent que c'est par leur faute qu'ils le sont.

Question posée sur le plan individuel aussi bien que collectif: «Où est passée la vie que j'aurais dû avoir? (...) Dans le groupe, cela est apparu associé à des fantasmes de vol («on m'a volé le sourire», «je voudrais donner à mes enfants l'enfance que l'on m'a volée») ou de dépouillement, voire de séquestration» (A. de Santa Ana et A. Sanzana).

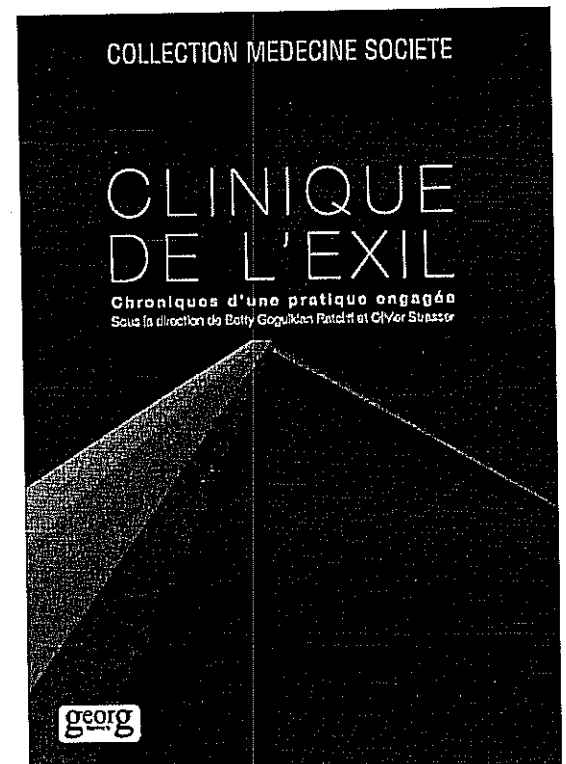
Dans sa description d'enfants de père disparu lors des massacres de Srebrenica qu'elle a suivis, M.-C. Probst montre comment souvent on cherche alors à éviter les souvenirs, y compris ceux qui seraient heureux. A noter aussi sa forte remarque: «Quant aux recherches des corps, un peu partout dans le monde, la ténacité des équipes d'anthropologie médico-légale est un acte de mémoire et une revanche sur la tyrannie.» La contribution de S. von Overbeck Ottino traite elle aussi d'enfants et adolescents.

Des défis dans la relation thérapeutique

Pour le traitement, l'évocation des traumatismes est indispensable. Cependant, elle ne peut et ne doit pas être un préalable. «En parler trop tôt c'est prendre le risque de faire voler en éclat des clivages protecteurs indispensables à la survie.» Un exemple manifeste est celui des femmes violées (viol utilisé comme arme de guerre systématique, en ex-Yougoslavie et certains endroits d'Afrique): dans les Balkans le fait d'avoir été violée expose à la répudiation par le mari et à la perte de ses enfants, au rejet par le groupe voire à une vie de paria. Parler du viol à ses proches apparaît alors, d'un point de vue rationnel, formellement

mais également pour la patiente, d'accepter la tension que comporte la question, de ne pas chercher de réponse définitive.» NB: cette même problématique vaut en Asie du Sud: lors de la libération du Bangladesh en 1971 – j'y ai travaillé peu après pour l'OMS –, les femmes bengalis violées par les soldats pakistanais de l'Ouest étaient rejetées par leurs familles voire tuées (crimes d'honneur), parce qu'étant ainsi définitivement déshonorées et déshonorant leur milieu.

* L'actualité fait évoquer le livre de la journaliste française Florence Aubenas, connue pour avoir été enlevée en Irak en 2005 et qui, durant six mois à Caen, a vécu la vie des employés précaires [7]; elle décrit son travail de nettoyeuse des toilettes des ferries. Extrait d'un interview, qui montre la parenté avec la situation des migrants: «Mais ce qu'on ne saisit pas au début, c'est le fait de ne pas exister. Ce qu'on vous demande quand vous faites le ménage, c'est de disparaître. Quand vous dites bonjour aux gens avec votre balai, ils sont sidérés. Et cette attitude se retrouve dans le débat public, où vous n'entendez jamais parler des précaires.» Et aussi: «Dans ce milieu, la révolte est un luxe» (Le Temps, Genève, 22 février 2010, p. 27).



Olivier Strasser, Betty Goguikian Ratcliff
Clinique de l'exil –
chroniques d'une pratique engagée

Genève: Georg Editeur; 2009. 250 pages. Fr. 42.–
ISBN 978-2-8257-0977-1

Un effet qui peut surprendre du poids pour l'individu des traumatismes vécus: «Tous les patients, à l'un ou l'autre moment, nous demandent si «nous arrivons à supporter». Certains expriment, une fois le processus thérapeutique bien engagé, la crainte qu'ils ont eue de nous détruire s'ils racontaient leur histoire.» Dimension supplémentaire de la difficulté relationnelle.

A relever un effet secondaire des blocages psychiques susceptible d'avoir des conséquences dramatiques: «Plus les traumatismes sont graves, plus il est difficile pour les patients de les évoquer devant les instances administratives. Plus le patient est confus lorsqu'il parvient à évoquer la torture, plus on lui reproche de mentir. On en arrive à ce paradoxe que les patients les plus affectés sont considérés comme les moins crédibles» (Th. Baubet, psychiatre qui a mis en place des programmes de santé mentale, dans divers pays, pour des personnes victimes de la guerre ou de la grande précarité). Problématique très présente dans l'examen des demandes d'asile dans nos pays, où beaucoup de requérants sont pris pour de simulateurs.

tine et adéquatement rémunérées, en Suisse en particulier. Cela est traité dans plusieurs contributions, avec les caractéristiques de la communication triadique qui en résulte. Il y a lieu de distinguer plusieurs fonctions qui peuvent être assumées par les interprètes, qui sont discutées. Par ordre croissant d'implication: traduction terme à terme; traduction en restituant le sens; interprète/tiers qui est aussi un co-thérapeute; enfin tiers qui, au-delà de la traduction, joue un rôle d'avocat du patient [8].

Plus généralement, la directrice de publication B. Goguikian rappelle que «L'interculturalité est avant tout un appel à la tolérance et ne concerne pas que les «autres venus d'ailleurs», mais tous les groupes minoritaires et socialement défavorisés. Les migrants ne sont que des prismes grossissants de l'altérité, les «minorités visibles», révélateurs des failles de nos institutions politiques, médicales et sociales.» Et: «Au niveau du projet de société, il s'agit de faire en sorte que ces contacts entre cultures contribuent au respect et à l'enrichissement mutuels.»

«Soulignons la nécessité de disposer d'interprètes communautaires, éléments indispensables de cette clinique, et de voir leurs prestations admises de routine et adéquatement rémunérées»

La prise en charge est individuelle (avec la possible intervention de co-thérapeutes et celle fréquente d'interprètes) ou en groupe. Plusieurs contributions décrivent des modalités de travail avec des groupes de patient(e)s – approche qui se prête bien pour venir en aide aux victimes de torture notamment. Apports bénéfiques du fait d'être et de parler ensemble, de partager.

En guise de conclusion

De l'expérience de F. Sironi: «Il existe des systèmes, des méthodes qui sont délibérément mis en œuvre par des humains sur d'autres humains, dans le but de détruire psychiquement, de déculturer, de déshumaniser, et qui sont à l'origine de psychopathologies spécifiques.» Puisque souvent ces exactions rendent muet, il s'agit alors pour les thérapeutes de «reconsidérer la posture habituellement adoptée dite «de bienveillante neutralité» (...) La neutralité est impossible, car les problématiques que nous traitons, conséquences de pratiques répressives, font de nous des témoins privilégiés (...) Témoins engagés car contraints de modifier nos pratiques cliniques. Engagés par le refus du mensonge qui consiste à faire croire que les décisions politiques et économiques n'auraient pas d'effets psychologiques individuels» (voir aussi sur ce sujet le texte de N. Diaz-Marchand).

Soulignons la nécessité de disposer d'interprètes communautaires, éléments indispensables de cette clinique, et de voir leurs prestations admises de rou-

En résumé, un ouvrage passionnant par ses ouvertures sur un domaine des soins qui reste insuffisamment connu, qui devrait retenir l'attention des professionnels de la santé et de la relation d'aide dans nos pays où la migration pose des défis chaque jour plus sérieux.

Références

- 1 Martin J. Quand on porte la responsabilité de la vie d'autrui. *Bull Méd Suisses*. 2009;90(44):1722.
- 2 Bodenmann P, Gehri M. Soins aux migrants: une opportunité de pratiquer une meilleure médecine... pour tous. *Forum Méd Suisse*. 2010;10:57-8.
- 3 Althaus F et al. La santé des étrangers en Suisse – Les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire? *Forum Méd Suisse*. 2010;10:59-64.
- 4 Althaus F et al. Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale. *Forum Méd Suisse*. 2010;10(5): 79-83.
- 5 Bodenmann P et al. La enfermedad del millonario (la maladie du millionnaire) – Prise en charge transculturelle. *Forum Méd Suisse*. 2010;10(6):102-7.
- 6 Hudelson P, Stalder H. Sociocultural diversity and medical education. *Rev Méd Suisse*. 2005;1:2214-7.
- 7 Aubenas F. Le quai de Ouistreham. Paris: Ed. de l'Olivier; 2010.
- 8 Guex P, Singy P. Quand la médecine a besoin d'interprètes. Genève: Médecine et Hygiène; 2003.

UNI-CITÉ

Face à l'exil, les psychothérapeutes sont forcés de repenser leur métier

PSYCHOLOGIE | Un ouvrage rend compte des difficultés des psychothérapeutes traitant les personnes en exil et témoigne des dimensions sociopolitiques et éthiques qui sont au cœur de leur travail



Photo: Olivier Vogelsang

La psychologie clinique traditionnelle est-elle pertinente pour soigner efficacement les personnes migrantes? Relevant de l'anthropologie médicale, cette question se trouve au cœur d'un ouvrage *Clinique de l'exil, chroniques d'une pratique engagée*. Issu de recherches menées à l'Unité de psychologie interculturelle et interpersonnelle de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, ainsi que de consultations psychothérapeutiques données dans le cadre de l'association Appartenances-Genève, le livre fait état des obstacles spécifiques au travail que rencontrent les cliniciens avec des patients en exil.

Les auteurs y cernent ce qu'ils considèrent comme les retombées

perverses, autant pour les individus soignés que pour les soignants, de la politique de l'asile actuelle en Suisse. S'ils observent, sans grande surprise, que le durcissement des lois voté en 2006 accroît tant la précarité que l'exclusion sociale dans une frange de la population déjà vulnérable, les acteurs du domaine médical constatent leur propre instrumentalisation dans le véritable labyrinthe administratif où toute personne requérant l'asile est sommée de s'engouffrer. Cela du fait d'une politique ouvertement soupçonneuse, qui délègue aux cliniciens la responsabilité de statuer, en se basant sur des motifs de santé, sur la question du renvoi de la personne. Entretien avec Betty Goguikian Ratcliff, coéditrice de l'ouvrage.

Le Journal: Que comprenez-vous sous l'appellation de «migrants»?

Betty Goguikian Ratcliff: On entend par là tous ceux qui sont appelés à vivre dans des milieux géographiques, sociaux et culturels différents de ceux où ils sont nés. Mais avec une définition aussi large, nous sommes tous, vous et moi, des migrants! C'est pourquoi je précise que, dans *Clinique de l'exil*, on traite du sous-groupe de ceux qui sont *contraints* à l'exil. L'exil est une forme particulière d'émigration, qui peut être définie comme l'obligation de quitter son Etat de résidence à cause des violences sociopolitiques qui menacent l'intégrité physique ou mentale des citoyens.

Pourquoi cet ouvrage collectif, pourquoi maintenant?

Débatte publiquement, faire connaître les difficultés auxquelles les cliniciens sont confrontés en milieu associatif relevait d'une urgente nécessité. Certains soignants consultent dans le cadre de l'association Appartenances-Genève, qui est en partie soutenue par l'Etat pour soigner des migrants en situation d'extrême fragilité. Les causes de la précarité psychologique des exilés sont toujours multifactorielles: violences, persécutions, précarité matérielle, difficultés liées à l'acculturation, perte des repères familiaux, culturels ou linguistiques. Que devient le fameux devoir de réserve du thérapeute, censé demeurer neutre pour jouer son rôle d'écran, lorsque celui-ci est invité au baptême d'un enfant dont la mère est parfaitement seule, coupée des

siens, qu'elle ne parle pas un mot de français? On voit ici comment les connaissances théoriques sont mises à l'épreuve du terrain.

Ce à quoi se réfère le sous-titre «Chroniques d'une pratique engagée»?

Oui; par leur pratique, les soignants se retrouvent engagés. Ils sont confrontés aux effets, directs et indirects, de la politique migratoire du pays dans lequel ils exercent. Renvoyer un certificat médical demandé par l'Office des migrations dans le cadre d'une procédure juridique de recours, signer une attestation, témoigner contre ou en faveur d'un renvoi dans le pays quitté, c'est agir. C'est donc s'engager sur un plan citoyen et entrer dans une dimension éthique et politique, c'est aussi exercer une forme de vigilance qui dépasse nos formations et domaines de compétences! D'autre part, des difficultés financières nous ont dernièrement contraints à refuser des patients de langue maternelle étrangère, qui nécessitaient des interprètes. Or, le travail d'interprétation représente une part conséquente de nos dépenses. Car, sans la langue maternelle, il est impossible d'entrer dans la culture individuelle d'une personne, c'est-à-dire dans sa mentalité, afin de lui permettre de retrouver «les mots pour le dire».

Pour en savoir plus |

Clinique de l'exil

Sous la dir. de Betty Goguikian Ratcliff et Olivier Strasser
Georg éditeur 2009

IMPRESSUM

Le journal
Université de Genève
Presse-Information-Publications
24, rue Général-Dufour
1211 Genève 4
lejournald@unige.ch
www.unige.ch/lejournald
Secrétariat, abonnements
T 022 379 77 17 | F 022 379 77 29

Responsable de la publication
Didier Raboud
Rédaction
Alexandra Charvet, Sylvie
Déléze, Jacques Erard, Sylvie
Fournier, Vincent Monnet,
Michelle Naud, Pascal Vermot
Correctrice
Samira Payot

Conception graphique
Lucia Monnin
Impression
Atar Roto-Press, Vernier
Tirage
7000 exemplaires

Reprise du contenu des articles autorisée
avec mention de la source.
Les droits des images sont réservés.

Prochaine parution |
jeudi 18 mars 2010



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**