

EXIL, PSYCHOTRAUMATISMES ET ADDICTIONS : TENTATIVE D'UNE PROBLÉMATISATION

Muriel Bamberger

De Boeck Supérieur | « [Psychotropes](#) »

2019/1 Vol. 25 | pages 47 à 53

ISSN 1245-2092

ISBN 9782807393028

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2019-1-page-47.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Exil, psychotraumatismes et addictions : tentative d'une problématisation

Exile, psychotraumatismes and addictions: attempt of a problematization

Muriel Bamberger

Psychologue clinicienne

Le Comede

Hôpital de Bicêtre

78 rue du Général Leclerc BP 31 – F-94272 Le Kremlin-Bicêtre Cedex

Email : muriel.bamberger@comede.org

Résumé : *Dans cet article, élaboré à partir de notre expérience au Comede (Comité pour la santé des exilés), nous proposons une tentative de problématisation d'une clinique engagée auprès de femmes et d'hommes exilé.e.s.*

Abstract: *In this article, based on our experience at the Comede (Committee for the Health of Exiles), we propose an attempt to problematize a clinic for exiled women and men.*

Mots clés : *Comede, exil, traumatisme, santé publique, santé, précarité, soin, psychothérapie, interprétariat, demande d'asile, troubles psychiques, migrant, migration*

Keywords: *Comede, exile, trauma, public health, health, precariousness, care, psychotherapy, interpreting, asylum application, psychic disorders, migrant, migration*

« Pourquoi confirmer l'évidence par la preuve quand la preuve aspire à la dépouiller ? [...] l'évidence est sans armes dans ce champ ouvert aux archéologues en armes qui n'ont cessé de t'interroger : Qui es-tu ? Tu as alors tâté tes membres et dit : Moi ? Je suis moi. Ils ont dit : Peux-tu le prouver ? Tu as répondu : Je suis la preuve. Ils ont dit : Ce n'est pas suffisant, nous avons besoin d'une carence. Tu as dit : Je suis la perfection et l'imperfection. Ils ont dit : Dis que tu es une pierre pour que nous achevions les fouilles. [...] Ils t'ont chassé du champ. Mais ton ombre ne t'a ni suivi ni trompé. Elle s'est clouée là-bas et pétrifiée » (Darwich, 2016, p. 13).

En réfléchissant à la thématique de cette journée¹, il m'est apparu que la question de la consommation, voire de la dépendance à des substances psychoactives, n'était pas sur le devant de la scène clinique qui est la nôtre au Comede. Le Comede ou Comité pour la santé des exilés fut fondé en 1979 par des membres d'Amnesty International, de la Cimade et du Groupe Accueil Solidarité (GAS) avec la mission d'agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits. Depuis 40 ans, l'équipe du Comede a soigné et accompagné près de 150 000 personnes de plus de 150 nationalités dans le cadre de ses différents dispositifs et principalement au sein des consultations pluridisciplinaires du Centre de santé² des personnes vivant l'expérience de l'exil.

Dans son Centre de santé, le bruit assourdissant de l'exclusion, des effets psychiques des violences vécues dans le pays d'origine, sur le trajet mais aussi en France, fait que l'objet drogue ne semble pas avoir sa place dans le discours de nos patient.e.s ni peut-être dans notre écoute. En effet, plus que de pharmaco-dépendance, insiste au Comede et tout particulièrement dans son Centre de santé à Bicêtre, une quête par nos patient.e.s de certificats qui revêt parfois l'aspect d'un besoin impérieux.

Comme le souligne Arnaud Veisse (2003), les demandes de certificats médicaux ou d'attestations psychologiques « rythment le quotidien du Comede depuis ses origines » et celles-ci ne cessent de croître au gré des réformes du droit d'asile et du droit au séjour pour étrangers malades. Ainsi, la demande de soins la plus manifeste peut être d'abord parfois celle d'une quête d'objets réels, qui vient mettre en lumière une souffrance psychique assujettie au droit et à ses impératifs « de tout dire et de tout prouver » pour reprendre les mots d'Élise Pestre (2014).

-
1. Cet article a été rédigé par l'auteure suite à son intervention à la journée d'étude « Exil, migrants et addiction » qui s'est déroulée à l'hôpital Marmottan le 15 octobre 2018 (NDLR).
 2. Hébergé par l'hôpital Bicêtre (Hôpitaux universitaires Paris-Sud, AP-HP), au Kremlin-Bicêtre (94).

Cette « dimension politique du soin » (Worms, 2012) convoque ici l'étymologie latine du terme addiction. Rappelons que, dans le droit médiéval, *addictus* implique une référence à la dimension corporelle où le corps se trouve engagé comme substitut, comme gage d'une dette impayée. Ainsi, « contraint par corps », le sujet se trouve « adjudgé à quelqu'un d'autre ». Ainsi, condamné à perdre son propre corps et sa liberté, le sujet se trouve assigné à l'acte de parole qui l'a désigné comme addicté, aliéné. Aliéné à la nécessité de faire preuve par son corps et plus encore par les traces corporelles de « l'empreinte du pouvoir » (Fassin, 2018) pour obtenir un titre de séjour, ainsi son corps serait « devenu ce qui atteste une vérité » (*ibid.*, p. 183).

Ainsi, la figure du soin, tout particulièrement du soin psychique en ce qui me concerne, telle qu'elle se dessine au Comede convoque la nécessité d'une « neutralité engagée » pour reprendre l'expression de François Héran dans sa leçon inaugurale au Collège de France (Héran, 2018). Engagée, parce qu'exercer au Comité pour la santé des exilés (Comede), qui milite depuis 40 ans en faveur de la santé et de la défense des droits des femmes et des hommes vivant l'expérience de l'exil, nous convoque à une place où le soin et l'accompagnement de ces patientes et patients se fait dans une dimension d'emblée politique où quotidiennement et collectivement nous tentons de tisser avec et autour des patientes et patients les conditions « d'une existence collective sensée et créatrice, plutôt qu'absurde et destructrice » (Arendt, 2014).

Considérons ici avec notre collègue Laure Wolmark l'exil comme une expérience parfois périlleuse sur le plan psychique « d'arrachement au pays d'origine, sous quelque forme qu'il adienne » (Wolmark, 2018). Ainsi, les femmes et les hommes que nous rencontrons au Centre de santé du Comede arrivent en consultation le plus souvent dans un grand état de détresse physique et psychique, « au terme d'une traversée le plus souvent effectuée dans des conditions épouvantables » (Perec, 1995). Souffrant principalement de syndromes psychotraumatiques, voire de trauma complexe, elles et ils vont débiter un suivi médical conjoint à une prise en charge psychothérapeutique, en présence si nécessaire d'une interprète professionnelle. En effet, au Comede, nous considérons que « l'accueil du traumatique » (Vinãr et Vinãr, 1989, pp. 87-95) ne peut se faire sans le recours à la langue dans laquelle on a « toujours vécu et pensé » pour reprendre les termes freudiens (cités par Tourn, 2009). Mais au-delà de la dimension culturelle de la langue, cet accueil du traumatique ne peut se faire sans « la langue et ses mots » (Zaltzman, 2006). Dans cette perspective, nous considérons que la langue est indissociable de la culture en tant qu'« ensemble de représentations inconscientes

qui intercèdent entre l'homme et lui-même, entre chacun et les autres » (Zaltzman, 1999). Au Comede, nous considérons qu'accueillir un.e patient.e exilé.e en présence d'un.e interprète est « un acte qui a une valeur signifiante d'hospitalité » (Wolmark, Cossart et Nguyen, 2015) et permet par cette présence tierce que circulent au sein de l'espace psychothérapeutique des représentations du soin, de la maladie et de l'altérité chez chacun.e des trois personnes en présence : patient, interprète et thérapeute. En outre, très engagés au Comede dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, l'accessibilité aux soins nous apparaît être « une question encore plus cruciale que la prise en compte de la culture » (Rechtman, 2012), dans la mesure où en surévaluant l'importance du facteur culturel, on risque de produire une forme d'exclusion, renforçant ainsi les inégalités et la vulnérabilité des personnes exilées. Ainsi, nous ne pouvons penser les « actes de parole dans la relation de soin » pour paraphraser notre collègue Laure Wolmark comme étant exempts de la manière dont le politique (Wolmark, 2017) agit sur la vie de nos patientes et patients mais aussi sur la nôtre, en tant que thérapeute, qui ne saurions être des « réceptacles passifs » (Lhuilier, 2018) des « traitements et des parcours déshumanisants » dont ils sont les objets. Autrement dit, dans l'exploration des ressources psychiques dont disposent nos patient.e.s pour faire face à une « réalité dominée par le primat de la destruction physique et morale » (Zaltzman, 1999, pp. 1-4), la référence à la théorie psychanalytique est précieuse en tant que la réalité qui l'intéresse est « ce qui arrive à chaque individu à travers son appartenance à la réalité humaine et ce qui, se modifiant par sa prise de conscience en chacun, participe à l'évolution de la réalité commune » (ibid., p. 3).

Néanmoins, si la névrose traumatique telle qu'elle fut décrite dans les travaux des psychanalystes, suite à l'étude des névroses de guerre, fournit un modèle nécessaire d'appréhension des symptômes de nos patient.e.s, en revanche elle ne saurait s'y restreindre dans la mesure où au regard des conditions d'existence et de précarité dans lesquelles vivent nombre de nos patient.e.s, les tableaux psychopathologiques présentés ne peuvent être totalement décrits, ni en se référant à la nosographie traditionnelle, ni en mettant en exergue les seules conditions socio-économiques. En effet, aux violences subies – dans le pays d'origine, sur la route mais aussi depuis leur arrivée en France – et ses effets traumatiques sur le corps et le psychisme vient s'ajouter une autre violence, celle d'une nouvelle forme d'expulsion politique où l'espace devant leur servir de refuge tant « territorial que psychique » (Pestre, 2014) semble se transformer en « entrée du Purgatoire » (Dufourmantelle, 2012). Autrement dit, les conditions d'accueil induisent une précarité sociale

et administrative que nous devons prendre en compte dans la clinique et dans la compréhension des troubles psychiques dont souffrent nos patient.e.s. Ce d'autant plus que l'absence durable de statut administratif et juridique les plonge souvent dans une précarité qui revient « pratiquement à suspendre son être à un formulaire » (Assoun, 2005).

En outre, bien que la notion de traumatisme psychique fasse désormais partie du langage commun, sa banalisation et ses usages sociaux diversifiés supposent de préciser un peu notre propos. En effet, contrairement à ce que l'hégémonie actuelle du PTSD³ laisserait à penser, le traumatisme psychique ce n'est pas l'événement en lui-même, mais « l'enfer du souvenir en soi » (Barrois, 2015). Autrement dit⁴, il en est la conséquence psychique, soit la manière dont il va être accueilli, élaboré et métabolisé par le psychisme et l'ensemble des conséquences symptomatiques qui vont en découler. Dans cette perspective, nous pouvons considérer qu'il n'existe pas de faits traumatiques en eux-mêmes, ce bien que les faits de violence puissent varier en nature comme en intensité – le hasard d'une catastrophe naturelle diffère de l'intention déshumanisante de la torture – néanmoins, chacune et chacun y répond par ses propres modalités psychiques et physiques, parvenant ou non à se dégager de la souffrance éprouvée. En outre, si nous pouvons considérer que ni la torture ni l'attente des papiers ne fabriquent de troubles psychiques spécifiques, l'on peut néanmoins penser et observer que lorsque le dénuement, l'angoisse, le sentiment d'insécurité se font permanents et se chronicisent, l'attente en elle-même peut alors devenir traumatique en ce qu'elle vient continuellement réactiver la détresse qui devient alors tout aussi envahissante que la déchirure traumatique.

Ce « mouvement immobile » (Barrois, 2015) de la répétition mortifère qui fige les pensées et les affects bloque la parole et peut venir entraver la capacité des exilé.e.s – notamment dans le cadre de la procédure de la demande d'asile – à mettre en récit leur parcours d'exil auprès des instances administratives de l'asile que sont l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra) et la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), ce d'autant plus qu'elles intimement aux requérants à cette protection internationale de « tout raconter afin de tout prouver » (Pestre, 2014).

3. *Post-Traumatic Stress Disorder*, acronyme anglais du vocable d'État de Stress Post-Traumatique.

4. Certains éléments de cette partie de mon exposé ont fait l'objet d'une récente publication autour des troubles psychiques graves chez les personnes exilées.

L'invitation que nous faisons à nos patient.e.s de mises en pensées et en paroles des effets du trauma et de l'exil ne peut se faire, selon nous, sans prendre en compte leur vécu de précarité et d'exclusion. De plus, au regard de l'instrumentalisation par la preuve dont font l'objet nombre de nos patient.e.s, tout particulièrement celles et ceux en procédure de demande d'asile, il nous apparaît tout aussi essentiel de se démarquer d'une injonction à « tout dire » dans une visée cathartique car « si le droit de tout dire [...] est la forme même de la liberté humaine, l'ordre de tout dire impliquerait pour le sujet auquel on l'imposerait un état d'esclavage absolu » (Aulagnier, 2014). Autrement dit, nous pourrions dire avec Piera Aulagnier, qu'il s'agit de les inviter à construire ou à reconstruire « un droit au secret », condition nécessaire pour pouvoir penser. En outre, nous ne pouvons penser notre pratique quotidienne au Centre de santé du Comede autrement qu'inscrite et adossée au collectif pluridisciplinaire qu'est non seulement l'équipe du Centre de santé mais aussi plus largement l'équipe professionnelle – tant salariée que bénévole de l'association le Comede. Ce afin de pouvoir, comme l'écrit si justement Anne Dufourmantelle (2012, pp. 57-62), se tenir là : « Entre deux morts, deux langues, ce n'est jamais simplement recevoir, passer, transmettre, mais d'abord, et de toute urgence vitale, faire acte d'hospitalité. Être du passé autant que du plus radical présent. »

Références

- Arendt, H. (2014). « Préface », in *Qu'est-ce que la politique ?* Paris, Seuil.
- Assoun, P.-L. (2005). « Précarité du sujet, objet de la demande. Préjudice et précarité à l'épreuve de la psychanalyse », *Cliniques méditerranéennes*, 72(2), 7-16.
- Aulagnier, P. (2014 [2009]). « Le droit au secret : condition pour pouvoir penser », in *La pensée interdite*. Paris, PUF, coll. « Petite bibliothèque de psychanalyse », pp. 15-41.
- Barrois, C. (2015 [1988]). *Les névroses traumatiques*. Paris, Dunod.
- Darwich, M. (2016). *Présente absence*. Arles, Actes Sud/Sindbad.
- Dufourmantelle, A. (2012). « L'hospitalité, une valeur universelle ? », *Insistance*, 8(2), 57-62.
- Fassin, D. (2018). « Une épreuve de vérité. La reconnaissance par corps des demandeurs d'asile », in *La raison humanitaire. Une histoire morale du présent. Suivi de Signes des temps*. Paris, Seuil, coll. « Points Essais », pp. 177-209.
- Héran, F. (2018). *Migrations et sociétés. Leçons inaugurales du Collège de France*. Paris, Fayard.
- Lhuillier, D. (2018). « L'accompagnement : entre idéalisation, épuisement et créativité », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 25(1), 111-130.
- Perec, G. (1995). *Ellis Island*. Paris, POL.

- Pestre, É. (2014 [2010]), *La vie psychique des réfugiés*. Paris, Petite Bibliothèque Payot.
- Rechtman, R. (2012). « Introduction à l'ethnopsychiatrie », in V. Kapsambelis (dir.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte*. Paris, PUF, coll. « Quadrige », pp. 213-228.
- Tourn, L. (2009 [2003]). *Chemin de l'exil : vers une identité ouverte*. Paris, Campagne Première.
- Veisse, A. (2003). « Les lésions dangereuses », *Plein droit*, 56(1), 32-35.
- Vinār, Maren, Vinār, Marcelo (1989). « L'accueil du traumatique », in *Exil et torture*. Paris, Denoël, coll. « L'Espace analytique », pp. 87-95.
- Wolmark, L. (2017). « Dépossessions, actes et paroles dans la clinique de l'exil », *Les Cahiers de Rhizome*, n° 63 « Cliniques et migration ».
- Wolmark, L. (2018). « Les lieux de l'exil les subjectivités dans l'espace thérapeutique », *Journal des anthropologues*, hors série, pp. 197-212.
- Wolmark, L., Cossart, M., Nguyen, A. (2015). « Le rire de l'interprète », *Rhizomes*, 55(février), 61-70.
- Worms, F. (2012). *Soin et politique*. Paris, PUF, coll. « Questions de soin ».
- Zaltzman, N. (1999), « Préface », in *La résistance de l'humain*. Paris, PUF, coll. « Petite bibliothèque de psychanalyse », pp. 1-4.
- Zaltzman, N. (2006). « L'impact des mots », *Topique*, 96(3), 85-91.