

Le psychotraumatisme constitue une catégorie nosographique dont la reconnaissance a évolué tant sur le plan social que dans la communauté scientifique. Cependant, les exilés souffrant de ces troubles ne profitent pas de cette évolution favorable, particulièrement en matière de droit au séjour pour raison médicale. À l'origine de cette exclusion se trouve le discrédit porté sur la parole des exilé-es, un discrédit qui concerne non seulement la procédure d'asile mais aussi les pratiques d'évaluation des troubles psychiques dans l'instruction des dossiers.

La parole en souffrance et son discrédit

Laure Wolmark, psychologue clinicienne et membre du Comede,
Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky, professeur d'anthropologie à l'Institut national des langues et civilisations orientales et psychologue clinicienne à l'Hôpital Avicenne

Le psychotraumatisme est une catégorie diagnostique désormais reconnue par la psychiatrie, même si le détail de sa description et sa dénomination varient – du « *post-traumatic stress disorder* » du manuel de référence américain, le DSM¹, au « syndrome psychotraumatique » dans les nosographies « françaises » héritées notamment de Claude Barrois², ou encore au « psychotrauma » dans le champ de la victimologie. La pertinence de cette entité clinique et psychopathologique n'est plus remise en cause, surtout depuis les attentats de 2015 en France qui en ont souligné

l'importance du point de vue de la santé publique. Sa reconnaissance nationale a permis la création de dix centres régionaux du psychotraumatisme, l'ouverture de consultations « psychotrauma » dans les centres de santé de la mairie de Paris, ainsi que celle du Centre national de ressources et de résilience (CN2R) destinées à consolider la recherche sur le psychotraumatisme et à améliorer les modalités de prise en charge psychologique. Une attention accrue est désormais accordée aux conséquences des troubles psychotraumatiques dans la vie quotidienne. Différents types de traitements et de psychothérapies sont proposés, des études et programmes de recherche sont financés, des diplômes universitaires (DU) de « psychotraumatologie » sont ouverts dans plusieurs universités. Il est même devenu un thème de prédilection dans les séries les plus populaires, comme

En thérapie, sur la chaîne Arte qui a connu un immense succès public au début de l'année 2021.

Les symptômes physiques et psychiques, les types et l'intensité des traumas, comme dans toute affection psychique, apparaissent variables d'un individu à l'autre. Cependant, la cohorte des symptômes est bien connue : reviviscences et cauchemars, dissociation péri-traumatique, retrait social et prostration, troubles mnésiques et cognitifs, évitement des situations rappelant le trauma et risque suicidaire. La modification du rapport aux autres et à soi, les symptômes des traumas complexes évoquant parfois des symptômes psychotiques comme les hallucinations, les troubles associés dans les traumas chroniques comme la dépression sont aussi très fréquents.

La nécessité d'une prise en charge parfois longue, associant notamment pour les formes sévères

traitements médicamenteux et psychothérapie, n'est plus à démontrer. L'importance de créer un environnement soutenant et sécurisé, dans lequel les personnes souffrant de troubles psychotraumatiques se savent protégées de la réexposition aux éléments constitutifs du trauma, relève aussi désormais d'un consensus clinique.

La prise en considération des troubles psychotraumatiques a ainsi fait du chemin dans la communauté scientifique, auprès des pouvoirs publics et des sociétés civiles. Néanmoins, une certaine catégorie de victimes reste exclue de cette reconnaissance : les personnes exilées, en demande d'un droit au séjour en France. Il semble même que leur situation se soit aggravée, au vu de la diminution de la prise en compte de la gravité des troubles psychiques par les instances décisionnaires de la délivrance d'un titre de séjour pour les étrangers malades.

Le recueil de la parole traumatisée

La parole du sujet sur les violences et sur leur impact psychique est une parole intime qui ne s'offre pas facilement. « *Je ne parle pas de moi avec tout le monde, et il y a des choses que je ne dirai jamais à personne* », répète inlassablement un patient dont la demande d'asile puis la demande de titre de séjour pour soins ont été rejetées, et qui, malgré plusieurs années de suivi, n'a pas encore « tout » dit en consultation. Parole précieuse et difficile donc, qui raconte la perte de celui qu'il était avant les violences, parole qui dit et dissimule les violences, qui décrit les blessures psychiques qu'un bilan biologique ne peut quantifier, parole qui suggère l'ampleur de la catastrophe subjective.

Au fondement du tableau clinique psychotraumatique s'inscrivent les violences infligées par une autre personne, intentionnellement, ce qu'on appelle le trauma intentionnel ou politique et qui inclut entre autres la cruauté et les traitements inhumains et dégradants, les tortures, les viols, la blessure volontaire, l'humiliation, les sévices sexuels. Ces événements constituent une rupture existentielle pour le sujet, rupture irréductible à une liste de symptômes. Susceptibles de blesser au-delà de ce qui est objectivable ou visible, ils bouleversent les cadres de sens, le rapport à soi-même et à autrui. Les personnes victimes de telles violences peinent à construire un récit, quelquefois n'y parviennent jamais, même quand ce récit est essentiel pour une vie en France.

Face aux administrations de l'asile, la parole et le témoignage sont déjà souvent compromis. Les soignants et cliniciens qui suivent ceux qu'ils nomment les « patients trauma » le savent bien : les dissociations traumatiques qui clivent le sujet ferment l'accès à sa mémoire, provoquent des amnésies partielles ou totales. Les patients qui se confient en consultation peuvent, face aux administrations, se montrer atones et sans émotion pour éviter de s'écrouler, pour ne pas revivre le désastre face à des inconnus. Car l'administration peut être violente, ils le savent. Elle les terrifie souvent car elle a le pouvoir de les renvoyer au pays, un renvoi qui signifie pour beaucoup le risque d'être réexposé aux violences physiques et/ou psychiques, voire de risquer à nouveau sa vie. On approche ici le grand paradoxe de la demande d'asile : le psychotrauma qui établit la violence des persécutions subies au pays est précisément ce qui empêche de parler, de prouver, d'expliquer la violence. Surtout face à un officier qui fait mine d'être indifférent.

L'ère du soupçon et la répétition du trauma

La demande de reconnaissance du trauma et la difficulté de le dire ne diffèrent pas selon le statut des personnes victimes de violence, qu'elles soient exilées ou non. Pourtant, la majorité des demandes de titre de séjour pour troubles psychotraumatiques est rejetée : comment ne pas penser alors que seul le statut d'exilé met en échec cette reconnaissance ?

L'exclusion des personnes étrangères du groupe des « victimes légitimes », c'est-à-dire des personnes dont les troubles psychiques post-traumatiques sont reconnus, n'est pas sans incidence, puisqu'elle les prive des conditions d'une vie digne en France. Elle les prive aussi de la sécurité psychique en les maintenant sous la menace d'interpellation, de rétention et d'éloignement dans un pays où elles cherchent pourtant refuge.

Voici l'histoire singulière d'un patient, un homme unique dans sa manière de réagir à la violence. Ce patient, pourtant, tous les cliniciens qui travaillent avec des exilés peuvent avoir le sentiment de le reconnaître. Monsieur est originaire d'Afrique de l'Ouest. Il raconte la manifestation, l'arrestation, les violences perpétrées devant lui sur les femmes et les hommes de sa famille, les semaines en prison, la peur de mourir. En consultation, jamais il n'abordera le désastre, là où la conscience a vacillé : les tortures sexuelles. Il les évoque par périphrases, « *ce qu'ils m'ont fait, quand ils ont joué avec moi, quand ils m'ont attaché. Ce que je ne leur pardonnerai pas, ce moment-là* ». Il pense qu'il a perdu sa dignité, son honneur. Mais la violence se répète, s'actualise dans les reviviscences, et sa voix faiblit quand l'image approche. « *Je ne parlerai pas de cela à la CNDA* [Cour nationale

du droit d'asile] », dit-il. Il a un souvenir « persécutant » de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra), où on lui a demandé de décrire la prison. Il n'a pas pu. Il dit qu'il ne parlera jamais à personne de « *ce comment ils font avec nous* » (sic). Surtout pas dans sa langue. Surtout pas avec un compatriote qui « traduirait ». Il emploie le terme très fort de « *dignité* » pour dire ce qui est atteint, ce qu'on ne touche pas, qui doit rester intact, faute de quoi les codes vacillent, codes sociaux, communautaires, familiaux.

La violence des coups fait qu'il a contracté une varicocèle³. Les certificats médicaux établissent le lien de compatibilité. Pour l'instant il est sous perfusion de codéine. Il souffre au point de ne jamais dormir, mais il dit que cette souffrance n'est rien par rapport à la souffrance des cauchemars. Pour l'éviter, tout en lui lutte pour ne pas s'endormir et se laisser emporter par la nuit et les reviviscences. Pour la clinicienne, le trauma est béant. Invisible et béant. Monsieur a choisi le silence, et répond très calmement à tout sauf à ce qui approchera cette fracture de lui-même et d'avec le reste des hommes. Sa hantise à lui est de « *devenir fou* ».

Sa demande d'asile est rejetée après le passage à la CNDA. Sa psychologue clinicienne et son médecin le soutiennent donc dans une demande de titre de séjour pour raison médicale. Son dossier de demande précise la varicocèle douloureuse et opérée en France. Cette opération doit être renouvelée car les douleurs aiguës ont repris. Le dossier médical fait état d'un état de stress post-traumatique et d'une dépression sévère, avec traitement psychiatrique lourd depuis des mois. La douleur de la varicocèle réactive les tortures sexuelles. Cette douleur ne le lâche pas, elle est autant physique que psychique.

Les certificats de psychiatres et psychologues sont là, qui, dans leurs descriptions, disent la gravité des séquelles psychiques. Un an exactement après le dépôt de sa demande de séjour pour soins, les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) émettent un avis négatif.

Le rejet administratif de la CNDA, la clinicienne et lui en avaient parlé longtemps, Monsieur y était préparé d'une certaine manière. Le rejet des médecins de l'Ofii est à l'inverse totalement incompréhensible pour lui.

Il y a lieu de distinguer radicalement le discours administratif du discours médical pour le patient.

➤➤ Comment ne pas penser alors que seul le statut d'exilé met en échec cette reconnaissance ?

La machine administrative souvent ne voit pas la blessure invisible. Les officiers de protection de l'Ofpra et les magistrats de la CNDA évaluent, en une ou deux audiences, à partir d'un dossier et des réponses à une série de questions, les personnes que les cliniciens ont reçues quelquefois plusieurs années en consultations. Ils doivent émettre un avis sur la véracité du récit.

Les médecins de l'Ofii doivent aussi émettre un avis, à partir de deux critères : le niveau de gravité de la pathologie et la possibilité de soins dans le pays d'origine. Mais précisément, la parole des médecins n'a, pour les étrangers malades, rien de commun avec celle de l'administration. Elle ne terrifie pas. Bien au contraire : les médecins, les cliniciens sont souvent les premiers soutiens dans le pays d'accueil, la possibilité d'une parole. L'échange passe par le

soin. Avec le soignant s'opère une rencontre avec un tiers soutenant qui peut répondre à la demande abyssale du patient traumatisé⁴.

En l'occurrence, le patient ressent violemment le rejet des médecins de l'Ofii : passe encore le rejet de l'administration, ce sont ici des soignants qui refusent d'attester la douleur, qui la méprisent. Il se sent nié dans sa parole, dans sa personne. Il répète : « *Ils ne me croient pas. Ils me disent de me faire opérer au pays, mais au pays on me tue si je rentre* ». L'avis médical négatif, la non-reconnaissance de la gravité et son corollaire, le refus du droit au séjour pour soins en France, le ramènent encore et encore à l'horreur – le trauma se caractérise par la *compulsion de répétition*, décrite par Freud⁵. Les médecins de l'Ofii lui imposent de revivre le désastre psychique. Pour le patient, le refus d'accorder un titre de séjour pour soins constitue un nouvel événement qui réactive le trauma. La conséquence directe de ce refus réside dans le risque d'un effondrement dépressif et d'un passage à l'acte.

Monsieur raconte comment s'est déroulé l'entretien médical à l'Ofii. Dès sa réception, on lui a demandé son dossier médical. Il n'y a eu aucun examen clinique. On lui a répété sous forme de question puis d'affirmation : « *Vous avez l'air d'aller bien ; vous allez bien* » dans un français qu'il parle maladroitement et sans interprète. Le tout a duré quelques minutes. Monsieur demande si la personne qui l'a reçu était un médecin. Nous lui répondons que ce sont des médecins en principe, qui ne sont pas dans le soin mais dans l'évaluation. Il demande pourquoi il n'y a pas eu d'examen de sa personne, pourquoi on n'a ouvert que son dossier.

Les retours des patient-es sur les visites devant les médecins de l'Ofii s'accordent tous. Ils nous conduisent à exprimer des doutes

sur la valeur de ces consultations-évaluations. Sans interprète et sans langue commune véritablement maîtrisée par le patient, il est difficile d'envisager que les conditions requises pour une telle évaluation soient réunies. Plus encore, comment envisager une évaluation du psychotraumatisme sans aménagement de la consultation et sans bienveillance ? Le peu d'attention accordée au déroulement de ces consultations peut interroger sur la volonté réelle des instances d'évaluation de se donner les moyens de remplir leur mission. Plus encore, la difficulté à livrer des éléments importants de leur histoire, même dans le cadre du soin, qui constitue un symptôme du psychotraumatisme, se retourne indubitablement contre ceux qui viennent justement demander à être soignés.

Priorité à l'éthique du soin

Les recherches les plus récentes dans les domaines du psychotraumatisme, sous ses différents aspects du diagnostic et de la prise en charge se rejoignent toutes : elles établissent que les conditions de la consultation sont déterminantes pour la libération de la parole des patients souffrant de troubles post-traumatiques. Il apparaît clairement que l'absence de jugement, l'empathie, la crédibilité accordées a priori par celui qui écoute sont indispensables au recueil de la parole des personnes traumatisées. Il n'y a aucune raison scientifique valable pour que les exilés fassent exception à cette règle. Ainsi est-il tout à fait possible et légitime que les blessures invisibles des personnes exilées trouvent leur place dans l'ordre socio-politique qui est le nôtre, au même titre que

celles d'autres personnes souffrant de psychotraumatismes. Pour cela, il faut être capable de remettre au centre de l'investigation des troubles l'éthique du soin. ♦

1. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, 5^e version, 2015.

2. Claude Barrois, *Les névroses traumatiques*, Dunod, 1998. Voir aussi Thierry Bokanowski, « Traumatisme, traumatique, trauma », *Revue française de Psychanalyse*, vol. 66, 2002.

3. Inflammation des veines dans les testicules.

4. Voir en particulier Sandor Ferenczi, *Le Traumatisme*, Payot, 2006 et Donald W. Winnicott, « La crainte de l'effondrement », in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard, 2000, p.205-216.

5. Sigmund Freud, *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de Psychanalyse*, Payot, 1987, p 41-116.

Nouveau rapport de mission du réseau Migreurop

La coopération UE-Égypte sur les politiques migratoires : dépolitiser les enjeux, soutenir un régime autoritaire (décembre 2021)

Fruit d'une enquête réalisée par Sarah Bachellerie d'octobre 2019 à février 2020 principalement au Caire, ce rapport de Migreurop s'attache à déconstruire les discours officiels sur la question migratoire en Égypte : la coopération euro-égyptienne en la matière a servi de prétexte à une forte instrumentalisation du phénomène migratoire par le gouvernement égyptien, depuis l'arrivée au pouvoir du régime militaire d'Abdel Fattah Al-Sissi en 2013. Les zones frontalières ont été définies comme des « zones militaires » où la répression des déplacements échappe à tout contrôle légal tandis que l'accueil des personnes migrantes et réfugiées est « géré » avec des méthodes contre-terroristes.

Loin d'avoir garanti les droits des personnes en migration en application du droit international, cette coopération a entraîné une dégradation des libertés et des conditions de vie pour l'ensemble de la population (nationale, immigrée, réfugiée) vivant sur le territoire égyptien. Une coopération, qui répond avant tout aux intérêts stratégiques de l'UE et de l'État égyptien...

**LA COOPÉRATION UE-ÉGYPTÉ SUR
LES POLITIQUES MIGRATOIRES :
DÉPOLITISER LES ENJEUX,
SOUTENIR UN RÉGIME
AUTORITAIRE**

