

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, destructions 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

jean.martin@saez.ch

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.»



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).

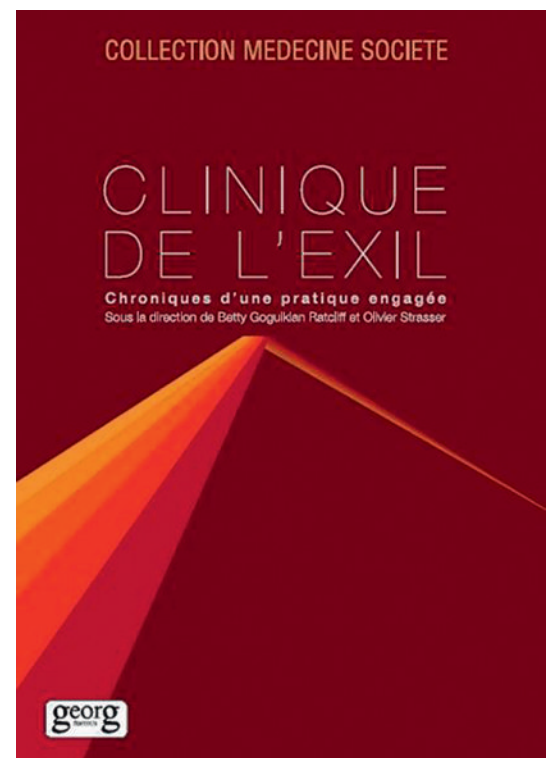
Dans sa description d'enfants de père disparu lors des massacres de Srebrenica qu'elle a suivis, M.-C. Probst montre comment souvent on cherche alors à éviter les souvenirs, y compris ceux qui seraient heureux. A noter aussi sa forte remarque: «Quant aux recherches des corps, un peu partout dans le monde, 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.