

Victimes de
torture

La bienveillance, pour rompre la logique des bourreaux

Traumatisées, les victimes de torture et de violences politiques venues demander une protection en France se retrouvent confrontées à un environnement juridique menaçant et plongées dans une précarité délétère. Pour aider ces réfugiés, dont l'accès aux soins se révèle difficile, à renouer le fil de leur vie, une prise en charge spécifique s'impose.

Trois fois emprisonné, torturé, O. a fui la Guinée pour sauver sa vie, laissant femme et enfants. Cet entrepreneur engagé, d'une ethnie minoritaire, refusait de soutenir le pouvoir en place. Arrivé en France en 2012, il engage une procédure de demande d'asile et est orienté, pour des soins, vers Créteil Solidarité (voir encadré, page 27). L'équipe se retrouve alors confrontée à « *un patient prostré, quasi mutique, en grande sidération psychique, envahi par des scènes traumatiques, une peur intense et permanente* », se souvient Anne Lelagadec, médecin. O. fait des cauchemars, souffre de douleurs liées aux sévices endurés, de céphalées, de troubles de la mémoire. Il présente un syndrome post-traumatique sévère. Grâce à la consultation spécialisée du centre, il bénéficiera d'un suivi médico-psychologique destiné à l'aider à renouer avec « *le fil de sa pensée et de son histoire, à retrouver un peu de son intégrité corporelle et psychique et à reprendre pied* », résume Héléne Duteriez, psychologue.

Le cas de O., relaté lors du colloque « Prendre soin des personnes victimes de la torture exilées en France : un enjeu de santé publique » organisé en novembre dernier par le Centre Primo-Levi (1), n'est pas rare, d'autant que la torture, comme le viol, sert de plus en plus dans les zones de conflit à terroriser les civils. On évalue en France à plus de 125 000 le nombre

des victimes de torture et de violences politiques ayant besoin de soins adaptés. Un chiffre cependant approximatif en l'absence de données épidémiologiques et qui omet les répercussions sur les proches. « *Il s'agit d'une population invisible, absente des politiques publiques. Pourtant, ces hommes, femmes, enfants sont en grande souffrance physique et psychologique* », dénonce Eléonore Morel, directrice générale du Centre Primo-Levi, qui a publié, en 2012, un livre blanc sur le sujet avec un collectif d'acteurs associatifs et institutionnels (2).

«VÉCU IMPARTAGEABLE»

La violence politique marque de façon profonde et irréversible ses victimes. « *On ne guérit pas de la torture. Son but est de détruire la part humaine de la personne. Elle continue à régner sur tous les aspects de la vie* », affirme Agnès Afnaïm, médecin au Centre Primo-Levi. Elle pèse sur la capacité à penser, à rêver, à se projeter, à se ressentir... « *Ce vécu, impartageable, poursuit-elle, confine la victime dans une solitude où lui est ravie la possibilité de faire confiance.* » Règne alors la peur. Aux blessures physiques, aux troubles somatiques, aux séquelles psychologiques

(états dépressifs, anxiété, honte...) s'ajoute la rupture des liens affectifs et sociaux. « *Dans un système où ils ne se sentent pas reconnus mais attaqués dans leur dignité, les humains s'auto-excluent, rejetant les autres pour ne pas souffrir* », pointe le psychiatre Jean Furtos. En outre, la vue d'un uniforme de police ou d'une lumière vive, un bruit sec, un timbre de voix, etc., peuvent raviver des émotions enfouies et replonger la personne dans les scènes de violences et l'effroi.

En exil, malgré un périple périlleux, ces victimes sont confrontées à des violences institutionnelles. La procédure d'asile, tout d'abord, est semée d'embûches. Si fournir des certificats médicaux attestant des sévices subis facilite l'octroi du statut de réfugié, se pose la question des violences psychologiques. « *Beaucoup de tortures ne se voient pas. C'est le cas quand on fait entendre à un prisonnier un enregistrement de violences sur ses enfants et leurs cris* », illustre Antoine Lazarus, professeur de santé publique et de médecine sociale à l'université Paris-XIII. Par ailleurs, le traumatisme empêchant l'expression cohérente du vécu, il entache le récit des victimes de lacunes, d'imprécisions, ou encore les amène à débiter aux juges leur effroyable histoire avec un détachement coupable alors qu'il dénonce, à l'inverse, la puissance des brutalités endurées.

Autre maltraitance : la manière abrupte dont les questions sont posées. « *Le protocole d'Istanbul, de 2005, a établi un manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Mais*

« On ne guérit pas de la torture. Son but est de détruire la part humaine de la personne. Elle continue à régner sur tous les aspects de la vie »

écartelés entre ici et là-bas, dont la torture a morcelé le corps et l'esprit, pourraient cicatriser quand le quotidien ne fait que rappeler le morcellement ? », interroge-t-il.

Sur le plan médical, de tels patients imposent une approche renouvelée. Faire déshabiller une victime de torture, l'allonger, la palper, procéder à des examens intrusifs... peuvent se révéler d'une rare

de l'éducateur. On tente ensuite de les amener à s'approprier leur vécu en favorisant une parole qui retisse les temporalités rompues par la fixation traumatique », résume-t-elle. La plupart ont été confrontés à de violentes transgressions : meurtre des parents, scènes de viols, enrôlement comme enfants-soldats... qu'alourdissent encore la dureté de l'exil, la perte des

sentiment d'étrangeté. La non-reconnaissance de leur vécu traumatique peut aussi l'aggraver. « Estimant que ces jeunes n'obtiendront pas le statut de réfugié, les éducateurs des foyers tendent à ne pas les orienter vers une demande d'asile. Mais on ne tient pas compte alors de leur besoin que soient reconnues les choses folles qu'ils ont traversées et cette question reste en eux comme une étrangeté », pointe Helena D'Elia. Un tel sentiment peut avoir un impact sur les accueillants eux-mêmes. « La confrontation à l'étrangeté de cet enfant peut susciter en miroir chez les soignants, les travailleurs sociaux, un même vécu de "passivation" du fait de l'intensité de la rencontre, qui mobilise de puissants mécanismes de défense inconscients. Cela peut aller de la sidération au rejet en passant par la suspicion ou la mise en doute obsédante de la vérité du sujet », observe Caroline Thibaudeau.

« La précarité crée de la dissymétrie, des rapports de pouvoir, ce qui n'est pas sans rappeler les abus de pouvoir subis »

violence. Malgré l'urgence, il faut prendre le temps d'affirmer la bienveillance de la rencontre. Le médecin Agnès Afnaim emploie la psycho-pédagogie perceptive, une méthode par laquelle, ses mains sur le patient vêtu, elle se met à l'écoute de son être entier. « Ces séances autorisent la personne à se percevoir à nouveau, à récupérer le sentiment d'habiter son corps et à commencer à se ressentir sujet de sa vie. Ce toucher libère des tensions, soulage de multiples douleurs séquentielles et effets physiques du stress dépassé, voire diminue cauchemars et reviviscences », constate-t-elle. Soigner ces patients impose enfin au médecin de considérer leur situation sociale. « Comment traiter un patient souffrant d'insomnies s'il est à la rue et qu'il doit rester vigilant pour se protéger des agressions ? », questionne-t-elle. Comment aussi faire abstraction des décisions administratives : une demande de CMU qui aboutit plusieurs mois après, un rejet de la CNDA, une sortie imposée d'un CADA... « On voit parfois des mois de prise en charge médicale et psychologique réduits à néant et des traitements initialement efficaces ne plus l'être », déplore-t-elle.

SUIVI DES JEUNES VICTIMES

Le centre suit également des jeunes adressés par l'ASE, « quand les référents sociaux, éducatifs et médicaux observent la persistance d'un état de souffrance, d'isolement, de comportements agressifs ou d'un grand enfermement », précise Helena D'Elia, psychologue. Contrairement aux adultes, les jeunes, déjà suivis par un médecin, entrent directement en contact avec un psychothérapeute. « On laisse d'abord émerger leur demande car la première rencontre découle souvent de l'inquiétude

repères due aux ruptures culturelles, identitaires, familiales. « Ils se ressentent comme des êtres souillés, portant la honte et la culpabilité, et incapables de s'identifier aux autres », témoigne-t-elle. Les premiers mois en France sont en fait pour ces mineurs isolés étrangers le moment d'un intense bouleversement. Il convient donc, estime Caroline Thibaudeau, psychologue au Lieu d'accueil et d'orientation pour mineurs isolés étrangers de la Croix-Rouge (LAO) à Taverny (Val-d'Oise), de leur offrir un accueil « contenant, protecteur et organisé mais aussi tolérant, souple et compréhensif pour qu'ils se reconnectent à leur monde interne, à la conflictualité qui a précédé le voyage et à leur histoire personnelle ». Aussi, au LAO, où la prévalence du trauma psychique est évaluée à 60 %, les mineurs bénéficient d'un suivi global. « Le jeune arrive en état de stress, d'insécurité, d'épuisement. Nous lui proposons au départ une prise en charge centrée sur ses besoins sans questionnement particulier et doublée d'une présence vigilante de jour comme de nuit », poursuit-elle. Il s'agit de lui signifier qu'il a une place au sein d'une communauté humaine. Des ateliers de médiation scolaire, éducatifs, récréatifs ou culturels sont utilisés à cette fin. Outre inscrire les mineurs isolés étrangers dans des temps formels où leur présence est remarquée, ils réaniment des compétences cognitives et expressives contribuant à soigner leur dépression. Enfin, une proposition de soin médo-psycho-somatique est en général faite.

Avec le passage à l'adolescence, les mineurs isolés étrangers, comme tous les jeunes, doivent s'approprier l'étrangeté de leur corps, vivre l'émergence de la sexualité. Or l'expérience traumatique, accrue par le parcours d'exil, renforce ce

LA PAROLE EMPÊCHÉE

De même, la précarité et le contrôle qui s'exercent de plus en plus peuvent affecter la relation d'aide. « La précarité rappelle les impacts de la torture. Comme elle, elle fait taire, elle réduit les personnes à l'état d'objet, elle produit des individus écrasés, figés », constate Olivier Jegou. La précarité oblige en effet les demandeurs d'asile, réfugiés, déboutés, à instrumentaliser leur corps, résumé à « un corps de besoins, qu'il faut nourrir, héberger, soigner », pour obtenir quelque chose ; et elle « attaque le langage », puisqu'on « ne parle plus que du besoin ». Une telle configuration affecte la relation aidant-aidé car « la précarité crée de la dissymétrie, des rapports de pouvoir, ce qui n'est pas sans rappeler les abus de pouvoir subis », relève-t-il. Elle peut aussi atteindre l'aidant, saisi par la détresse de l'usager. Lorsque, par exemple, accaparé par la recherche désespérée d'une solution d'hébergement, il ne parvient plus à penser à autre chose, ou encore quand, dans l'impasse, il se confronte à la réaction des victimes. « Ces dernières ne comprennent pas que nous n'en faisons pas plus et assimilent notre impuissance à de l'incompétence. Le lien entre le travailleur social et la personne aidée est alors mis sous haute tension », explique-t-il. L'agressivité peut monter et mener au conflit, voire à la rupture, ou à l'épuisement et à la démission.

En CADA, les équipes sont tiraillées entre leur mission d'Etat et le besoin

il est peu utilisé au niveau de la procédure alors qu'il est bien documenté sur les syndromes post-traumatiques », déplore Olivier Le Cour Grandmaison, universitaire et juge assesseur à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Lequel souhaiterait une meilleure formation des officiers de protection et autorités de jugement. D'où des rejets avec toutes les conséquences liées à l'absence de statut : violence symbolique de la non-reconnaissance de l'état de victime et précarité d'existence.

Sur fond de dilution de la question de l'asile dans celle de l'immigration, la politique d'accueil des réfugiés s'est peu à peu vidée de sa substance. Seule une personne sur cinq obtient désormais – et encore, après recours – un statut. Aux souffrances endurées s'ajoutent des conditions de vie extrêmes. Ils ne sont que 30 % à bénéficier d'une place en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). Les autres se retrouvent au mieux dans des dispositifs d'urgence sans accompagnement et, au pire, à la rue, ballottés au gré du 115, malgré leur difficulté à se déplacer après des mois d'errance et faute de moyens. Sans droit au travail, touchant de maigres allocations, sans accès à des formations et autres activités, ils se retrouvent isolés. « Cet environnement affecte la santé des personnes », assure Éléonore Morel. Une situation qu'Olivier Le Cour Grandmaison attribue à une volonté de précarisation des demandeurs d'asile : « Leur imposer de telles conditions participe d'une politique de régulation des flux migratoires, l'idée étant de dissuader d'autres de venir. » On est très loin de l'esprit de la Convention de Genève et du principe de protection due aux réfugiés.

L'accès aux soins de ces victimes se révèle enfin des plus complexes. Non seulement celles-ci peinent à obtenir rapidement la CMU (couverture maladie universelle) ou l'AME (aide médicale de l'État), mais encore leurs besoins en matière de santé sont méconnus. Les acteurs ayant participé au livre blanc militent de fait pour que ces populations soient incluses « dans les plans, programmes et campagnes de santé publique au titre des personnes vulnérables, et notamment dans le plan de santé mentale » et que des recherches soient lancées. « Il s'agit d'un enjeu de santé publique, car beaucoup de personnes sont concernées. Si ces dernières bénéficiaient d'un dia-

gnostic plus précoce, cela empêcherait la dégradation de leur santé et l'impact négatif sur les générations futures », explique Éléonore Morel (voir page 29). Et « les coûteuses prises en charge tardives par le système de santé », complète Antoine Lazarus. Aujourd'hui, en tout cas, le dispositif de droit commun semble inadapté : absence de souplesse de certains services, saturation des centres médico-psychologiques et médico-psycho-pédagogiques, brièveté des consultations des médecins en ville. Alors qu'il faut du temps aux victimes pour sortir du silence. En outre, la méconnaissance de leurs traumatismes empêche les soignants de faire le lien entre les symptômes et les violences subies ou d'y répondre avec justesse. La situation sociale et juridique des réfugiés, la barrière linguistique, l'isolement des professionnels complexifient de surcroît le suivi.

DES SOINS APPROPRIÉS

Le contexte actuel milite donc, selon Agnès Afnaïm, en faveur de centres de soins spécialisés « où est pensée et travaillée la qualité de l'accueil, où la rentabilité n'est pas à l'ordre du jour, où la présence d'interprètes, l'état d'esprit régnant chez les intervenants et la pluridisciplinarité tissent du commun bienveillant offrant à ces personnes un lieu sécurisant comme point de départ du soin et de la réappropriation de leur singularité. » Or moins de dix centres assurent un tel

suivi. De plus, leur géographie ne correspond pas à celle des demandeurs d'asile. La France a pourtant, par son engagement dans la Convention contre la torture, l'obligation de garantir des soins appropriés. Une obligation qui sera d'ailleurs confirmée en 2015 par la directive européenne sur les conditions d'accueil des demandeurs d'asile, en cours de transposition au droit français (3).

A Paris, le Centre Primo-Levi est l'un de ces centres et le soin y est l'affaire de tous. « L'intervention sociale n'est pas au service du soin mais toujours pensée comme en faisant partie. A ce titre, elle est discutée et travaillée avec toute l'équipe », affirme Olivier Jegou, assistant de service social. De même, la juriste est vue comme une clinicienne, l'obtention du statut de réfugié ayant une action réparatrice et thérapeutique. Des psychologues cliniciens et des psychanalystes prennent part également au soin et les prises en charge durent en moyenne deux à trois ans. Face à ce public en errance, le centre veille à « constituer un lieu d'ancrage, où peut se tisser un lien, en garantissant une continuité grâce à un accueil personnalisé et inconditionnel », explique Olivier Jegou. En effet, la réalité des exilés est « fragmentée : un jour ici, un jour là, la rue, l'hôtel, le CADA, un lieu pour se nourrir le matin, un pour le soir... Ils subissent des rejets réguliers, sont renvoyés d'un guichet à l'autre, d'un territoire à l'autre. Comment ces patients

A Créteil, une consultation ciblée et en réseau

Le centre de consultations médicales et sociales Créteil Solidarité (1) accueille des personnes précaires en difficulté d'accès aux soins et est reconnu par le centre hospitalier intercommunal (CHI) de Créteil (Val-de-Marne) comme permanence d'accès aux soins de santé (PASS) externe. Recevant beaucoup de réfugiés, de par la proximité de la plateforme d'accueil de France terre d'asile, le centre a créé, en 2013, une consultation spécialisée visant à proposer un suivi adapté aux patients présentant un syndrome post-traumatique. Parmi eux, 69 % ont été victimes de tortures et de violences

politiques. Ces personnes sont reçues par un binôme composé d'un médecin généraliste et d'une psychologue, lequel travaille en étroite collaboration avec la PASS interne du CHI et, pour les cas les plus sévères, avec la PASS psychiatrique de l'hôpital Henri-Mondor. « Nos approches sont complémentaires et le travail en binôme se révèle très riche. Il permet un étayage solide corps et psyché. C'est aussi le meilleur moyen de gérer le risque psychiatrique », estime Hélène Duteriez, psychologue, formée au Centre Primo-Levi. « Cela aide de plus à trouver la bonne distance avec le patient »,

complète Anne Lelagadec, médecin. Les praticiennes ont en outre instauré une supervision pour renforcer la qualité de la consultation. Aujourd'hui, le bilan se révèle positif. « Le projet évolue au fil de la pratique et la consultation, utile, trouve peu à peu sa place », affirme Hélène Duteriez. Pour Bernard El Ghozi, médecin et président de Créteil Solidarité, le centre apporte ainsi « des débuts de réponse à ces personnes vulnérables, les remet un peu sur orbite. Cependant, nous sommes limités par l'absence d'un budget propre. »

(1) Créteil Solidarité : Tél. 01 45 17 54 96.

d'humaniser un accompagnement quotidien d'environ 12 à 15 mois. « Elles s'interrogent sur son sens dans un dispositif qui se concentre de plus en plus sur une gestion des flux, se détériore et interfère sur la santé des personnes en générant du stress, de l'insécurité, de l'angoisse, des incompréhensions », témoigne Elisabeth Murcia, chargée de l'accompagnement juridique et social au CADA de Brou-sur-Chantereine (Seine-et-Marne). En particulier, les pressions visant à accélérer les sorties pèsent sur la relation, tout comme l'obligation d'information sur l'aide volontaire au retour. « Alors que les exilés en CADA craignent les persécutions en cas de retour dans leur pays, nous devons leur rappeler tout au long de leur hébergement cette possibilité. Cela ne fait sens ni pour eux ni pour nous, et complexifie la restauration du lien de confiance. Ces exigences sont des violences supplémentaires », déplore-t-elle. Les travailleurs sociaux ne sont, par ailleurs, pas préparés à recevoir ces publics spécifiques. « Rares sont les CADA bénéficiant de supervisions pour comprendre ce qui se passe dans la relation avec le réfugié et qui nous plonge dans des tempêtes émotionnelles », observe-t-elle.

« DES RÉFUGIÉS » AVANT TOUT

Pour les équipes, il est urgent de reconsidérer les « demandeurs d'asile » comme des « réfugiés » et de leur redonner la parole. « Il faut écouter ce qu'ils vivent dans la grande précarité, oser s'y confronter car, dans ce récit, la personne qui ne pouvait être au premier abord que plainte et souffrance se redessine peu à peu avec son histoire singulière, ses ressources, ses désirs. Il faut lui offrir la liberté de se présenter autrement que comme une personne en demande », affirme Olivier Jegou. Il est aussi impératif de l'aider à s'approprier son environnement pour qu'il « ne soit plus un espace flou, indéfini où tout est absurde, imprévisible » et générateur d'angoisse, comme d'accepter ses freins, ses refus, ses mises en échec, sa singularité, et de travailler avec. Enfin, résume-t-il, il convient « d'accepter le risque de l'engagement dans la relation, pour que, dans ces situations d'impasse, puisse advenir autre chose que de la rupture ». ■ Florence Raynal

(1) Les 28 et 29 novembre 2013 à Paris - Centre Primo-Levi : Tél. 01 43 14 88 50.

(2) Sur www.primolevi.org/publications.

(3) Voir ASH n° 2815 du 21-06-13, p. 40.

L'errance, une blessure transmissible

Beaucoup d'exilées se retrouvent à mener une grossesse seules et en errance. Grands sont alors les risques de carences précoces de la relation mère-bébé.

« Vivre le temps de la périnatalité en errance physique ou psychique expose l'enfant à des risques énormes à court et à long terme. Cette périnatalité est une clinique du chaos sensoriel, du traumatisme, de la honte... et donc un désastre pour la construction du sujet », affirme Bernard Golse, chef de service de pédopsychiatrie à l'hôpital Necker-Enfants malades, à Paris. L'enfant doit en effet vite enclencher ses fonctions vitales, initier ses systèmes d'attachement et d'intersubjectivité et réguler ses expériences émotionnelles (plaisir-déplaisir), des chantiers profondément menacés par la grande précarité. « Les mauvais traitements faits aux femmes enceintes sont des violences faites au fœtus », insiste-t-il. La périnatalité en errance crée des traumatismes chez le bébé qui auront des répercussions sur son avenir. Mener sa grossesse en étant sans domicile fixe, accoucher dans des conditions délirantes, ne pas savoir où aller avec son enfant provoquent de surcroît un sentiment de honte. « Celui-ci va empêcher la mère et son bébé de construire une histoire. L'enfant héritera par ailleurs de cette honte d'être soi. Il peinera aussi sans doute à s'inscrire dans la filiation », prévient Bernard Golse, pour qui « la femme et le bébé ont besoin de tiers, reliants, pour les aider à être ensemble ».

À l'Hôpital mère-enfant de l'Est parisien, ouvert en 2010 dans le XI^e arrondissement de la capitale, ces femmes en grande précarité, enceintes ou avec un bébé de moins d'un an, peuvent trouver un lieu sûr où établir les premiers liens, grâce à la prise en charge d'une équipe de soignants et de travailleurs sociaux sur de longs mois. Du fait de l'absence de papiers, de la difficulté d'accès aux soins..., le suivi de la grossesse des exilées – survenue dans le pays d'origine, lors de la fuite ou dans la communauté d'accueil et qui résulte souvent d'un viol ou d'un abus de faiblesse – se révèle chaotique, voire inexistant. Alors que « les puissants et dynamiques processus de la

maternité doivent se dérouler dans un climat de sécurité, avec un entourage reconnu et bienveillant », souligne Jean Ebert, chef de service, cette grossesse est vécue dans l'exclusion et la solitude. Elle peut par ailleurs réactiver la mémoire traumatique, réveiller les traces psychiques laissées par les violences, provoquant des réactions peu compréhensibles pour les équipes qui n'y sont pas formées. Dans ce contexte, la priorité est donnée, au-delà du suivi médical et psychothérapeutique, au « prendre soin ». « Cela suppose l'acceptation et l'accompagnement par l'équipe des comportements agressifs, afin d'autoriser l'émergence des conflits infantiles et l'expression du vécu des violences », explique le pédopsychiatre.

Un travail est également mené sur les coutumes liées à la naissance du pays d'origine et le décodage des modes culturels français « pour permettre à la femme de donner sens aux actes de soin et de suivi proposés ». En parallèle, un accompagnement juridique et social vise à préparer au mieux l'avenir de la famille. Le travail partenarial est à cette fin fortement développé : services médicaux, psychiatriques, sociaux, protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance, organisations non gouvernementales... « Les processus d'humanisation initiés ne peuvent se dérouler que si la continuité des soins et l'accompagnement dans la durée sont possibles », estime Jean Ebert. Et d'appeler à l'engagement : « La lueur d'espoir pour ces femmes violentées, torturées, que peut représenter cette vie en devenir doit nous inciter, en tant que professionnels mais aussi qu'êtres humains, au-delà des questions de santé publique, à combattre le cynisme et le fatalisme des discours de certains dispositifs. » ■ F. R.

« La femme et le bébé ont besoin de tiers, reliants, pour les aider à être ensemble »