

Repenser les liens entre migration, exil et traumatisme

GOGUIKIAN RATCLIFF, Betty

GOGUIKIAN RATCLIFF, Betty. Repenser les liens entre migration, exil et traumatisme. *(Re)penser l'exil*, 2012, no. 1

Available at:

<http://archive-ouverte.unige.ch/unige:34320>

Disclaimer: layout of this document may differ from the published version.



REPENSER LES LIENS ENTRE MIGRATION, EXIL ET TRAUMATISME

Publié le [14 février 2012](#)

Betty GOGUIKIAN RATCLIFF, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation,
Université de Genève; Unité de Psychologie Clinique Interculturelle et Interpersonnelle

Résumé

Dans le langage courant, migration et exil sont souvent confondus. Par ailleurs, des définitions très larges de ces termes font de tout un chacun, peu ou prou, un migrant ou un exilé. De plus, la notion de traumatisme est fréquemment associée à celle de migration et d'exil, contribuant à créer l'idée d'un processus migratoire forcément pathogène. L'auteur tente de discuter les liens entre migration et psychopathologie d'une part, entre exil choisi/subi et traumatisme d'autre part. La thèse défendue est que l'issue du processus migratoire se trouve influencée aussi bien par des éléments individuels, familiaux et collectifs qui ont précédé la migration que dans la possibilité de se recréer, dans le pays d'arrivée, un cadre de vie «suffisamment bon», secure, signifiant et contenant. Une vignette clinique illustre les aménagements thérapeutiques qui ont permis de passer d'un exil vécu sur un mode traumatique à un exil qui permet de réinventer le cours de sa vie.

Au fil des époques, un fait a été observé de manière récurrente dans les sociétés occidentales. Dans les grandes études épidémiologiques (enquêtes sur l'état de santé mentale de la population résidente), les personnes qui présentent le plus de troubles sont des migrants (Bhugra, 2004 ; Kirkbride et Jones 2011). Autrement dit, les migrants se portent moins bien que les autres et sont sur-représentés dans les structures de soin (Whitley et al., 2006). Comment expliquer ce phénomène ?

Cela est d'autant plus étrange, que dans les modèles occidentaux actuels relatifs à la psychopathologie, on a pris le parti de croire à un être humain universel dont le fonctionnement serait ancré dans des processus biologiques et neurologiques. Mais on semble «rattrapés» en quelque sorte par la psychopathologie des migrants qui, d'une part consultent beaucoup en milieu médical, et d'autre part mettent souvent en échec nos méthodes thérapeutiques habituelles, qu'elles soient pharmacologiques ou psychothérapeutiques (Baubet et Moro, 2003 ; Nathan, 1986). La culture aurait-elle un rôle à jouer dans le fonctionnement psychologique de l'être humain? Et si oui, lequel?

Différentes descriptions et explications successives de la pathologie des migrants ont été mises en avant :

- Hypothèse de la sélection naturelle: ceux qui migrent sont les plus fragiles et les plus mal adaptés dans leur pays d'origine, sélectionnés «naturellement» en quelque sorte, «envoyés au loin» car ils ne constituent pas une grande perte. En revanche, ils représentent, à l'arrivée, une charge pour le pays d'accueil (Odergaard, 1932).
- Hypothèse culturaliste: ce qui semble être des manifestations délirantes de pathologie mentale (comme entendre des voix ou avoir des hallucinations visuelles, avoir

l'impression de sentir mauvais, entrer en transe, etc.) serait une forme culturellement codée d'exprimer le mal-être et comporterait un sens, une explication et une technique de soins particulière. Autrement dit, la culture d'un individu lui prescrit la forme que doit prendre sa souffrance ou son malaise psychique. Les «culture bound syndroms» ou syndromes liés à la culture entrent mal dans nos catégories de classification des troubles mentaux et sont mal ou surdiagnostiqués. Dans cette optique, l'autre n'est plus intrinsèquement vulnérable, mais il est fondamentalement différent, exotique (James, 1994). A l'interface entre la psychiatrie et l'anthropologie, ce courant a donné lieu à la clinique ethnopsychiatrique. Le risque avec ce genre de conceptualisation, est d'enfermer les migrants dans une personnalité ethnique immuable et prédéfinie (Fassin, 1999).

- Hypothèse du déracinement: Dans cette optique, c'est la migration qui rend malade, de par les pertes réelles et symboliques qu'elle entraîne et qui affectent ses capacités de liaison. Troubles de la transplantation, de la métabolisation de la migration et du remaniement identitaire, autant de manières de décliner l'idée que pour s'adapter il faut effectuer un deuil et subir une métamorphose psychologique, qui est parfois douloureuse. Le sujet est remis en cause dans son rapport à ses signifiants fondamentaux, dans sa façon de voir le monde et dans la place qu'il occupe par rapport aux autres, dans la place qui lui est allouée, au sein même de sa famille (Yahyaoui, 2010). Il souffre d'une perte de repères, d'un désaccordage avec ses repères de base et d'une nostalgie du pays dont témoigne parfois le corps, douloureux, meurtri, malade (Yahyaoui, 1991). Dans cette optique, la migration est conceptualisée comme une expérience traumatique, comme l'indique la notion de «traumatisme migratoire» (Nathan, 1986). Les auteurs relèvent l'analogie troublante qui existe entre le tableau clinique qui se déploie chez de nombreux immigrés et celui que l'on rencontre chez des personnes ayant survécu à des catastrophes, des guerres, ou des attentats. Toutefois, pour certains psychanalystes, si la migration donne lieu à des troubles psychiques, ceux-ci ne font que révéler les failles préexistantes dans la constitution psychique du sujet (Selz, 2002). La migration fonctionne ici comme un facteur précipitant. Cette conception fait une place importante au sens que revêt la migration (et le symptôme ou le trouble qui en découle parfois) pour l'individu, dans le contexte de son histoire singulière (Baubet et Moro, 2009).
- Hypothèse psycho-sociale: Plus récemment, un certain nombre d'auteurs ont insisté sur les déterminants sociaux de la santé des migrants. Dans cette perspective, on a mis l'accent sur les conditions de vie précaires dans le pays d'accueil résultant d'obstacles sur le chemin de l'insertion sociale et professionnelle et dans l'accès aux soins. Aux difficultés de la migration viendrait ainsi s'ajouter une hostilité en provenance de la société d'accueil, signifiant clairement que la présence des étrangers est plus tolérée qu'acceptée. Or, comme le montre bien Furtos (2008) cette exclusion, cette mise à l'écart ou marginalisation crée de l'isolement, du repli sur soi, de la méfiance, de la non-reconnaissance, de la disqualification et du rejet, toute une gamme de sentiments, qui on le sait bien aujourd'hui, affectent durablement l'estime de soi et le bon fonctionnement psychologique. La précarité sociale génère de la précarité psychologique. Les difficultés sociales ne sont pas traumatiques en elles-mêmes, mais ce qui l'est davantage pour peu qu'on ait déjà une certaine vulnérabilité, c'est le réveil brutal, le décalage entre les attentes, les espoirs d'une vie meilleure et, la réalité rencontrée à l'arrivée, la découverte des barrières à franchir pour y parvenir. Plus que

la différence culturelle, ce sont les inégalités sociales qui sont ici la cause du mal être psychologique (Fassin, 2000a ; 2000b ; Silove, 2006)

Jusque là il n'a pas été question d'exil, mais de migration. L'exil est une forme particulière de migration, une migration forcée, en réaction à une menace pour l'intégrité physique, pour sauver sa peau en quelque sorte. Les premiers travaux associant exil et souffrance psychique apparaissent dans les années 1980 et sont le fait de psychanalystes sud-américains, je pense en particulier aux travaux fondateurs de Marcelo Vinar (1989), psychanalyste uruguayen. Ici, l'exil est la conséquence de la torture exercée par des régimes totalitaires à l'encontre de citoyens opposants. Vinar décrit comment, pour faire taire, et dissoudre les noyaux organisés de résistance le régime va chercher à casser ou à «désaxer» la personne en la désaffiliant de ses groupes d'appartenance et en la détruisant de l'intérieur, en cherchant à déprogrammer sa grille de lecture du monde, et en brouillant ses repères. L'état va former des tortionnaires et leur apprendre à infliger des traumatismes intentionnels, comme l'a si bien décrit Françoise Sironi (1999). Dans un tel contexte, l'exil devient un acte de résistance salutaire pour s'extraire à la violence extrême exercée par des régimes particulièrement pervers. Pour se reconstruire sur le plan psychologique, la victime devra comprendre l'intentionnalité destructrice du tortionnaire et s'y opposer en restant debout, et en essayant activement de ne pas plier et de poursuivre la lutte ailleurs, autrement.

Mais il existe aussi des exilés dépourvus de cette dimension signifiante et salutaire. Il s'agit ici de populations civiles victimes de violences d'état, (comme c'est le cas actuellement pour écraser les soulèvements populaires en Lybie ou en Syrie), de persécutions ethniques, ou religieuses, de guerres civiles inter-claniques, comme c'est le cas en Somalie ou en Côte d'Ivoire. Dans ce cas, la personne est persécutée non pas pour ses opinions ou ses actions politiques mais du simple fait de son appartenance à telle ou telle minorité ethnique. Ce sont ses liens à son groupe d'appartenance communautaire, religieux, ethnique, que l'on cherche à attaquer et à briser. Violences collectives, violences extrêmes, diaspora, errance, non-sens. Destins contrariés, brisés, pertes irrémédiables. C'est le groupe entier qui est visé et que l'on cherche à exterminer en infligeant un traumatisme collectif (Altounian, 2000 ; Sironi 2007).

Dans ce contexte, la migration ressemble à une rupture, à une amputation. L'exil présente une probabilité accrue d'être vécu sur le mode traumatique. Le vécu de violences pré-migratoires et le départ précipité et non préparé loin de chez soi sont aggravés par la perte de la possibilité de retour au pays d'origine. L'exil, entraîne la désaffiliation, la déculturation et la dé-liaison à la fois en termes de liens familiaux et sociaux, mais affecte aussi la capacité interne à faire des liens entre les différents événements et moments de sa vie. L'individu dénoyauté de son contenant culturel et social présente une sorte d'hémorragie du Moi qui n'a plus de membrane symbolique pour le rassembler, pour se penser et penser sa vie (Nathan, 1988). Il s'ensuit confusion et effondrement narcissique durables. Comment se reconstruire quelque part quand on n'a pas choisi d'y être? Comment redonner sens et relief à sa vie quand on n'a plus personne pour nous dire qui on est?

A cela vient s'ajouter le parcours du combattant du réfugié ou du demandeur d'asile ordinaire. Ces personnes qui viennent frapper aux portes de l'Europe et que l'on voit exténuées sur nos écrans de télévision, enfermées dans des camps, après avoir traversé les frontières au péril de leur vies, quand elles ne sont pas ballottées de pays en pays. L'Europe se protège de cette immigration non-choisie par des forteresses symboliques administratives, juridiques, procédures longues et pointilleuses érigées pour les décourager. Bien sûr ça ne suffit pas à créer le traumatisme, mais il existe un risque de revictimisation lorsque le sadisme et la

maltraitance institutionnelle s'acharne sur des personnes déjà victimisées, affaiblies, ces nouveaux parias de nos sociétés, les laissés pour compte de la mondialisation. Ou encore lorsque des cliniciens, peu au fait de ce type de pathologie, ont recours à des procédures thérapeutiques inadaptées qui augmentent la détresse au lieu de la soulager. C'est ce qui nous a amenés à parler en termes de clinique de l'exil (Goguikian et Strasser, 2009).

Nous avons donc ici deux cas de figure de l'exil avec des issues différentes. Une issue favorable bien que douloureuse, dans le cas d'un exil forcé mais volontaire, et une issue plus réservée dans le cas d'un exil involontaire et non préparé. Quelles que soient les conditions en amont et l'issue de cet exil, ces observations nous font prendre conscience du fait qu'un individu seul cela n'existe pas, qu'un être sans culture et sans groupe d'appartenance ne peut pas survivre, que la greffe ne peut pas prendre sur un être déraciné.

C'est ce que nous nous proposons d'illustrer à travers la vignette clinique suivante.

Abdallah est arrivé en Suisse depuis quelques mois, en tant que requérant d'asile provenant de Somalie. Il est adressé à Appartenances par son médecin généraliste car il a des difficultés de sommeil et des soucis en lien avec le pays. Lorsque nous le rencontrons, il nous raconte qu'il s'est enfui de son village laissant derrière lui 3 enfants en bas âge car des miliciens armés s'étaient introduit chez lui et avaient sauvagement assassiné sa femme à son domicile, alors qu'il était absent, hors de la ville. A son retour, son père avait enterré le corps, il n'a jamais revu sa femme, ni effectué des rituels de deuil.

Abdallah se décrit comme un homme sans problèmes apparents jusque là. Il vient d'une famille aisée de propriétaires terriens, a fait des études, et c'est pour le déposséder de ses terrains que les miliciens d'un clan ennemi en avaient après sa famille. C'est lui que ces hommes recherchaient et l'assassinat de sa femme était un message qui lui était adressé. En se cachant pour mettre à l'abri les actes de propriété de ses maisons et terrains, Abdallah n'a pu protéger sa femme. Quelque temps plus tard, c'est son frère et une belle-sœur qui sont assassinés. C'en est trop, la menace est permanente et Abdallah décide de s'exiler en éclairé, la mort dans l'âme de devoir laisser ses enfants derrière lui. Mais en espérant pouvoir un jour les faire venir en Suisse et leur offrir un avenir meilleur, puisqu'il n'y a plus rien à attendre du pays dit-il.

Ces miliciens, il a l'impression de les retrouver même ici en Suisse dans le foyer pour requérants d'asile où il loge et où on l'a naturellement installé avec des gens de même origine... Il est méfiant, a peur d'être agressé, se renferme sur lui-même, demande d'être logé sur un autre étage.

La prise en charge commence. Bien sûr le deuil non fait, le traumatisme, la migration, les difficultés de la vie en terre inconnue... Parler soulage et Abdallah est un patient ponctuel, collaborant, agréable et présentant bien. Jusqu'au jour où je pars en vacances d'été... A mon retour, Abdallah n'est pas présent à son rendez-vous et j'apprends que pendant mon absence il a été hospitalisé en psychiatrie suite à une rixe dans la rue, alcoolisé. Lorsque je le revois, ce n'est plus le même homme, il se présente progressivement sous sa face sombre: alcoolisé, débraillé, négligé, pas rasé, habillé en milicien. On a l'impression d'un effondrement narcissique dramatique. Nos tentatives de sevrage de l'alcool sont mises en échec, tout comme celles de le mettre sous anti-dépresseurs. Il est désespéré, n'arrive plus à se lever pour venir à ses rendez-vous, sa vie est rompue, cassée, plus rien n'a d'intérêt à ses yeux, il se traîne à dures peines pour travailler quelques heures par jour. C'est le naufrage. Il se reproche

d'avoir laissé ses enfants au pays, de ne rien gagner pour envoyer un peu d'argent à ses parents au pays, sa mère malade, et lui ici qui mène une existence inutile. Il affirme qu'il sait très bien qu'il devrait arrêter de boire mais explique que c'est la seule manière d'étouffer ses angoisses. Il connaît la voie (cours de français, trouver un travail, puis un logement, devenir indépendant financièrement) pour faire venir ses enfants mais n'a pas la force de s'y engager. Sa force et sa vitalité sont réduites à néant. Il fait des cauchemars, devient irritable, suspicieux, son sommeil ne vient que s'il est assommé par l'alcool. Que veulent dire dans ces circonstances les mots s'intégrer, se réinventer une vie, retrouver une vie normale? Son corps est ici mais sa tête est là-bas. Il se sent impuissant, inutile, lâche, traître. Le jeune quadra équipé pour faire face à ce nouveau monde semble bien loin. Le discours ne se déploie pas en plaintes psychologiques, en récits biographiques, en appels au passé pour éclairer le présent douloureux. Le patient est dans un état de confusion et de régression où il est impossible d'aborder ses difficultés personnelles: il est malade de la situation d'exil, et boit pour noyer son chagrin, un point c'est tout!

Nous sommes ici face à une dépression doublée d'un probable syndrome de stress post-traumatique au sens psychiatrique classique, et d'une anxiété sociale qui se manifeste dans les domaines de la vie courante. Mais nous sommes surtout face à un tableau où la migration elle-même semble être vécue sur un mode traumatique. Pour donner un sens au comportement auto-destructeur d'Abdallah, il est indispensable de partir du niveau culturel et familial pour arriver au niveau individuel. Autrement dit, il est nécessaire de le faire exister en tant que fils, frère et père de famille, avant de travailler avec lui sur sa dépendance à l'alcool, son humeur ou ses relations interpersonnelles. Il a fallu du temps et la mobilisation de son entourage familial pour renouer une relation de confiance et pour faire en sorte que ce départ en vacances puisse être vécu autrement que comme un abandon, une perte venant raviver la douleur étouffée du deuil de sa femme et les autres pertes en cascade.

En conclusion, nous dirons que la migration est toujours un passage de frontière entre deux mondes. Frontière en arabe se dit «houdoud», limite. Passer la frontière, c'est franchir les limites, les barrières, c'est déborder du cadre prescrit par le groupe qui protège, met à l'épreuve, exige, porte. Loin du groupe qui nous soutient et nous porte on est à la dérive, marginalisé, rejeté, on se sent aussi comme un traître qui a été déloyal, qui a affaibli le groupe. Un passage de frontière spatiale qui recouvre donc sur le plan symbolique un autre passage de frontière potentiellement transgressif. Nathan a été l'un des premiers à faire remarquer que chez les migrants les moments de transition de vie sont des moments critiques, revécus comme des passages de frontière (naissance, mort, séparation, départ à la retraite, départ ou adolescence des enfants) car ils entraînent une profonde remise en jeu au niveau des filiations, des appartenances groupales et de l'identité.

La traversée de la frontière, l'exil ou la migration, peuvent dans de nombreux cas mobiliser celui qui s'y risque, et qui, au prix de certains renoncements, pourra inventer et créer un nouvel espace de vie et de liberté. Chez d'autres, pour des raisons qui relèvent de leur trajectoire personnelle, et de la signification que revêt pour eux la relation à l'étranger, apparaissent des mécanismes de défense, tels que la projection ou le clivage, qui semblent s'inscrire dans la métaphore de la frontière et déboucher parfois sur un fonctionnement psychique sur un mode traumatique, particulièrement coûteux et douloureux. Si dans le premier cas, pour autant qu'un contenant porteur soit à disposition, la transplantation est analogue à un rite d'initiation ou à une renaissance, dans le second, la migration prend valeur de traumatisme car, comme le propose Bertrand Piret (2005), il renvoie à une radicale délégitimation ou une déréférence, à la perte de l'assurance de sa place dans l'arbre

généalogique familial, ou, ce qui revient au même, à la prise de conscience violente de la fragilité des liens symboliques à l'origine. Dans ce dernier cas, il reviendra au psychothérapeute de créer ce contenant et d'aider le patient à faire de ce vécu traumatique l'occasion d'un nouveau départ.

RÉFÉRENCES

Altounian, J. (2000). *La survivance*. Traduire le trauma collectif. Paris: Dunod.

Baubet, T., & Moro, M.R. (2003). *Psychiatrie et migrations*. Paris: Masson.

Baubet, T., & Moro, M.R. (2009). «Effets de la migration et de l'exil». In T. Baubet, & M.R. Moro (Eds.), *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte* (pp. 49-57). Issy-les-Moulineaux (France): Elsevier Masson.

Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109, 243-258.

Fassin, D. (1999). L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit. *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 35, pp. 146-171.

Fassin, D. (2000a). Repenser les enjeux de santé mentale autour de l'immigration. *Hommes et migrations*, 1225, 4-12.

Fassin, D. (2000b). Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie. *Genèse*, 38, pp. 136-159.

Furtos, J. (2008). *Cliniques de la précarité: contexte social, psychopathologique et dispositifs* (pp. 11-22). Issy-les-Moulineaux (France): Elsevier Masson.

Goguikian Ratcliff, B. et Strasser, O. (dir) (2009). *Clinique de l'exil. Chroniques d'une pratique engagée*. Genève: Georg éditeur.

James, F. (1994). La signification culturelle du symptôme. (1994). *Psychothérapies*, 2, 77-83.

Kirkbride, J. B., & Jones, P. B. (2011). Epidemiological aspects of migration and mental health. In D. Bhugra, & S. Gupta (Eds.), *Migration and mental health* (pp. 15-43). Cambridge: Cambridge University Press.

Nathan, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.

Nathan, T. (1988). *Le sperme du Diable. Eléments d'ethnopsychothérapie*. Paris: PUF.

Piret, B. (2005). *Deuil et traumatisme: questions cliniques posées par l'exil*. Site les Médecins Maitres-Toile. <http://www.mmt-fr.org/article175.html> Publié le 1er mars 2005.

Silove D, Steel Z. (2006). Understanding community psychosocial needs after disasters: Implications for mental health services. *Journal of Postgraduate Medicine*, 52(2), pp.121-125.

Sironi, F. (1999). *Bourreaux et victimes: Psychologie de la torture*. Paris : Odile Jacob.

Sironi, F. (2007). *Psychopathologie des violences collectives*. Paris: Odile Jacob.

Viñar, M. et Viñar, M. (1989). *Exil et torture*. Paris : Denoël.

Whiley, R. et al. (2006). Understanding Immigrants' Reluctance to Use Mental Health Services: A Qualitative Study From Montreal. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 4, 205-209.

Yahyaoui, A. (1991). *Corps, espace-temps et traces de l'exil*. Paris : La Pensée sauvage.

Yahyaoui, A. (2010). *Exil et déracinement : thérapie familiale des migrants*. Paris : Dunod.