

SOIGNER AUX FRONTIÈRES : REGARD PSYCHODYNAMIQUE SUR LE QUOTIDIEN TRAUMATIQUE DES SOIGNANTS/RÉFUGIÉS CARE ON BORDERS: PSYCHODYNAMIC OUTLOOK OF CAREGIVERS/REFUGGES DAILY TRAUMA

Amira Karray, Jude Mary Cénat, Daniel Derivois, Marie Anaut and
Maria-Cécilia Jacome

Volume 38, Number 3, 2017

L'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS : COMPLEXITÉ, RÉSILIENCE ET
CRÉATIVITÉ
REFUGEE HOME: COMPLEXITY, RESILIENCE AND CREATIVITY

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1041839ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1041839ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Karray, A., Cénat, J., Derivois, D., Anaut, M. & Jacome, M.-C. (2017). SOIGNER AUX FRONTIÈRES : REGARD PSYCHODYNAMIQUE SUR LE QUOTIDIEN TRAUMATIQUE DES SOIGNANTS/RÉFUGIÉS. *Revue québécoise de psychologie*, 38(3), 79–98. <https://doi.org/10.7202/1041839ar>

Article abstract

Caregivers in hospitals who are living and working on the Turkish-Syrian borders are also Syrian migrants or refugees. Like the disaster-stricken population, they carry out their professional activities at the rate of war and also require accompaniment. Within the framework of the Psychosocial Unit of an international NGO, psychological support in videoconference is offered to caregivers in Syria and Turkey. This article proposes a commentary and a clinical reflection on the daily life of these caregivers, their mental health, as well as on their psychic, group and cultural survival mechanisms. In order to identify appropriate avenues of intervention, four clinical cases are discussed to understand the complexity of traumatic experiences and resilience processes in war situations.

SOIGNER AUX FRONTIÈRES : REGARD PSYCHODYNAMIQUE SUR LE QUOTIDIEN TRAUMATIQUE DES SOIGNANTS/RÉFUGIÉS

**CARE ON BORDERS: PSYCHODYNAMIC OUTLOOK OF CAREGIVERS/REFUGGES
DAILY TRAUMA**

Amira Karray¹
Aix-Marseille Université

Jude Mary Cénat
Université du Québec à Montréal

Daniel Derivois
Université de Bourgogne Franche Comté

Marie Anaut
Université Lyon 2

Maria-Cécilia Jacome
Université Lyon 2

INTRODUCTION

La santé mentale et la vie sociale des personnes touchées par la crise syrienne est aujourd'hui une question cruciale. En plus de la destruction des infrastructures et des repères (les institutions de l'État, les écoles, la délimitation des villes, de régions, la nouvelle insécurité dans le territoire, etc.), la population vit dans un climat d'insécurité et de violence meurtrière. Elle subit des pertes importantes notamment des pertes d'emploi et de logement. Les enfants sont déscolarisés ou n'ont jamais connu l'école, et certains n'ont jamais connu la paix (UNHCR, 2017). Les délogements et les déplacements contraints fragilisent de plus en plus la population, désormais précaire sur les plans économique, social, sanitaire et psychologique. La chronicité de la situation empêche la possibilité de penser l'avenir et met les victimes dans une absence de perspectives. Inquiets pour leur avenir, il ne leur reste alors que le départ, comme recours, souvent sans destination précise.

Selon l'Agence des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR, 2017), près de 13 millions de personnes des villes et des campagnes syriennes ont vécu des déplacements contraints par la guerre et 5 millions de personnes ont fui la Syrie depuis 2011, pour se réfugier dans les pays frontaliers (Liban, Iraq, Turquie), ou dans d'autres pays, plus éloignés géographiquement, en Afrique du Nord, en Europe, et en Amérique du Nord. Dans ces pays, la Turquie, à la frontière réelle et symbolique de l'Europe et du monde arabe, en accueille près de 3 millions (UNHCR, 2017). Beaucoup d'entre eux se retrouvent dans des circuits de migration clandestine, d'autres dans des voies plus formelles, mais la plupart vont d'abord vers les pays frontaliers, souvent avec l'objectif d'atteindre un pays européen (Hassan, Ventevogel, Jefee-Bahloul, Barkil-Oteo et Kirmayer,

1. Adresse de correspondance : Aix-Marseille Université, Laboratoire de psychopathologie clinique langage et subjectivité LPCLS-EA 3278, Maison de la Recherche, 29 Avenue Robert Schuman, 13621 Aix-en-Provence, France. Courriel : amira.karray@univ-amu.fr

2016). En transit ou pour s'installer dans les pays frontaliers, ils passent souvent par ce statut de « réfugiés » dans les camps frontaliers. Loin d'apporter le soulagement espéré, ces départs apportent leurs lots de dégâts au-delà des frontières, et les syriens désormais « migrants » ou « réfugiés » sont confrontés à d'autres épreuves potentiellement traumatisantes. Si on parle beaucoup en Europe de « crise migratoire » ou « crise des migrants » ou encore de « crise humanitaire » pour décrire la situation socioéconomique et sanitaire à gérer (Agier, 2014; Pandolfi et Corbet, 2011), il est rare que soit considérée l'expérience subjective des personnes concernées (Agier, 2014; Pestre, 2010). La destruction matérielle et symbolique causée par le vécu de la guerre, les pertes humaines, matérielles et de repères identitaires, continuent à « voyager » avec les sujets migrants au fil de leurs parcours migratoires émaillés d'imprévus, d'obstacles de la vie quotidienne (crise économique, trajets, quotidien difficile, éducation des enfants, etc.) et de souffrances subjectives (deuils, blessure identitaire, etc.).

Migrations frontalières et santé mentale

La santé mentale des réfugiés syriens est aujourd'hui une question d'actualité dans les systèmes de soin à travers le monde. Partout, on s'interroge sur les modalités d'accueil et de prise en charge (Agier, 2014, Hassan *et al.*, 2015; Hassan *et al.*, 2016). Aujourd'hui le terme même de clinique humanitaire montre « la triste pérennité de telles situations non circonscrites à un contexte de guerre ou de conflit armé » (Bessoles, 2005).

Dans ces contextes, la nature des expériences traumatogènes varie de pertes humaines et matérielles individuelles, familiales et groupales, à l'exposition quotidienne à des scènes ou des stimuli menaçants (bombes, avions de guerre, blessés, population en détresse, environnement détruit, etc.). Il peut s'agir aussi de ruptures successives incontrôlées, ou des aléas du quotidien insécurisant de la guerre (frontières fermées, routes barrées, contrôles abusifs, etc.). Face à ces traumatismes multiples et successifs (Hassan *et al.*, 2016), comme chez des populations touchées par les violences collectives majeures, les réfugiés syriens vivant dans les camps en Turquie, au Liban ou ailleurs présentent des symptômes du trouble de stress post-traumatique, de détresse émotionnelle, de dépression, du trouble du deuil prolongé, de troubles du sommeil et de troubles anxieux (Acarturk, Konuk, Cetinkaya, Senay, Sijbrandij, Cuijpers et Aker, 2015; Hassan *et al.*, 2016). Ceux ayant été directement victimes de tortures et d'autres formes de violence, peuvent parfois présenter des symptômes d'attaques de panique, de douleurs chroniques et somatiques, d'idéations et de comportements suicidaires (Hassan *et al.*, 2016).

Dans ces conditions, la survie physique devient la première urgence et transforme les limites et les frontières (non seulement celles des

espaces et des groupes mais aussi celle des normes sociales établies, de ce qui peut être entendu, supportable) ainsi que les liens sociaux. L'insupportable devient banalisé du moment où il y a possibilité de survie. Mais cela affecte les personnes au niveau psychologique et social. Le traumatisme, au centre des expressions psychopathologiques, n'est pas isolé mais se vit sur fond culturel et se réactualise souvent à des moments clés de la trajectoire. Les pertes de repères, les atteintes narcissiques et la précarisation, s'associent au vécu paradoxal du survivant dont le « devoir de mémoire » (Pestre, 2010) se heurte à la nécessité de cliver et d'oublier les atrocités vécues directement ou en tant que témoins.

Outre le traumatisme et ses déclinaisons, ces espaces hébergent une densité humaine, culturelle et émotionnelle. Ces espaces sont des aires culturelles et configurations urbaines nouvelles (Agier, 2014), ils constituent des aires de transformations sociétales et de recherche identitaire tant pour ceux qui accueillent que pour ceux qui sont accueillis, pour ceux qui soignent et ceux qui sont soignés. Cela se fait sur fond de pertes collectives (du pays et de ses institutions) et de relations internationales complexes actuelles et passées (Brauman et Dufourg (?), 2016), elles aussi bousculées par l'actualité de la guerre en Syrie, et ses enjeux internationaux. Dans ces contextes, la population victime de guerre interroge quant à sa façon de survivre au traumatisme et les séquelles immédiates et à long terme qui en découlent. Comme signalé plus haut, il apparaît aujourd'hui nécessaire de s'interroger sur le vécu spécifique des personnes qui tentent d'en prendre soin, elles aussi victimes de guerre.

Santé mentale des soignants/(des) réfugiés

Les soignants sur les zones frontalières sont souvent des professionnels de l'humanitaire ou des spécialistes travaillant dans le milieu par nécessité ou par évidence. Parfois, ce sont des soignants « reconvertis » après une vie professionnelle différente et perdue dans le contexte de guerre, ou « polyvalents » qui s'adaptent « sur le tas » face aux urgences sanitaires. Les soignants (médecins, infirmiers, agents de santé, urgentistes, aides-soignants, etc.) sont en effet une population à risque, et une population-clé vu son rôle dans le soutien de la société en guerre. Leur santé mentale n'est pas moins préoccupante surtout quand ces soignants font eux-mêmes partie de ces réfugiés syriens de « proximité », c'est-à-dire ceux ayant migré vers les pays frontaliers comme le Liban ou la Turquie, souvent après un parcours de migrations internes. L'onde traumatique² (Jarzombek, 2002) se propage avec les personnes migrantes et vient aussi affecter les lieux, pays, systèmes et

2. Expression utilisée par Jarzombek (2002) pour décrire la prolifération et la transmission des traumatismes dans les sociétés post-modernes marquées par la violence, tout comme la prolifération et la transmission d'une « culture » post-traumatique (thérapeutique, sociale médiatique, etc.).

personnes susceptibles de les accueillir sur leur trajectoire inconnue. Ces systèmes et personnes se trouvent souvent désarmés face à l'intensité du traumatisme, eux-mêmes affectés par le constat des dégâts et l'atteinte à la dignité humaine. Ils se trouvent alors désabusés, à la fois exposés et épargnés, interrogés dans leur capacité à soutenir l'insoutenable. En effet, ils cumulent traumatismes primaires (vécus de la guerre, effondrement de leurs maisons, mort d'amis, de proches, de parents...) et traumatismes secondaires (Evces, 2015; Serniklaes, 2003) dans leur pratique quotidienne.

Concernés parce qu'eux-mêmes migrants réfugiés, ou parce qu'ils accueillent les migrants réfugiés, ils partagent les vécus et les blessures identitaires de la population traumatisée, ce qui met au travail chez eux des mouvements contre-transférentiels intenses. Les expériences émotionnelles intenses et violentes les rendraient également plus vulnérables au plan psychosocial (Bierens de Haan, 1997; Finklestein, Stein, Green, Bronstein, et Solomon, 2015; Josse et Dubois 2009). Désignés par Serniklaes (2003) comme les « professionnels du traumatisme » (*trauma workers*), les conséquences psychologiques de leur travail sont souvent sous estimées, et ce, malgré l'extension des études auprès de ces populations. Ils sont souvent victimes à leur tour d'épuisement professionnel et présentent des signes de traumatismes vicariants, pouvant provoquer un état de stress post-traumatique secondaire, des symptômes de dépression, des idéations suicidaires et un profond désespoir (Quosh, Eloul et Ajlani, 2013).

Si la souffrance psychologique des populations migrantes est documentée (Acarturk, *et al.*, 2015; Hassan *et al.*, 2016), le vécu des soignants demeure une perspective moins explorée dans les écrits. Notre article s'intéresse aux soignants syriens qui travaillent à la frontière turco-syrienne. La considération du vécu des soignants est d'autant plus nécessaire que ceux-ci ont traversé des expériences similaires à la population auprès de laquelle ils travaillent.

Objectifs de l'étude

Cet article se base sur notre pratique de soutien psychologique à distance de soignants en Syrie et en Turquie, dans le cadre de l'Unité psychosociale d'une ONG internationale. À travers des commentaires cliniques, construits dans l'après-coup des rencontres, il vise à mettre en évidence le quotidien complexe et traumatique des soignants de la guerre, ainsi que les mécanismes psychiques, groupaux et culturels, qui leur permettent de survivre.

Nous présentons brièvement ce dispositif clinique, suivi de quatre vignettes dont la compréhension est éclairée par un cadre conceptuel

psychodynamique. L'analyse approfondie des vignettes mettra à jour la complexité des vécus traumatiques et leurs conséquences au plan psychique, mais également les processus de résilience dans ces contextes de survie. Des pistes d'intervention seront également proposées pour l'accompagnement psychosocial des migrants syriens.

CLINIQUE DES TRAUMATISMES AU QUOTIDIEN

Dispositif clinique de soutien aux soignants

Dans le cadre de son programme Syrie-Turquie, l'ONG met en place depuis 2014 un dispositif de soutien psychologique pour son personnel travaillant pour la plupart sur les frontières entre les deux pays. Une plage horaire hebdomadaire est fixée, dans laquelle ont lieu les entretiens sur demande des bénéficiaires ou suggestion des responsables. Un psychologue homme est présent sur place et assure le travail auprès des hommes, ainsi que des séances de groupe. Une psychologue femme arabophone travaillant à distance, assure une offre de services psychologique par vidéoconférences. Ce dispositif par vidéoconférence a notamment pour visée d'augmenter l'accès aux services psychologiques et la participation des femmes, de garantir une extériorité et d'occuper par là une fonction tierce, favorisant davantage le sentiment de confidentialité et de sécurité. Ce dispositif contient également un volet « urgence », pouvant être mobilisé sans planification antérieure, et parfois sans demande de la part des soignants (celle-ci provenant de la structure de soin ou de l'ONG), suite à un incident critique (p. ex., un bombardement ou la perte d'un collègue), pour réaliser des débriefings ou proposer du soutien psychologique selon la nature des besoins évalués ou demandés.

La clinique auprès des soignants est très particulière : ils sont à la fois victimes de la guerre et relativement détachés de celle-ci de par leur lieu de travail. Ils sont à la fois locaux et migrants, soignants et en demande de soin. Dans les camps ou les lieux de soins frontaliers, ils s'accrochent à une vie rythmée au son des bombardements, au temps des arrivées de blessés, des épidémies, des enterrements collectifs, et aux aléas des ouvertures et fermetures des frontières. Dans des logements de fortune, des préfabriqués ou des tentes jouxtant l'hôpital, ils accueillent dans une temporalité circulaire les blessés de la guerre et les victimes de maladies en conséquence de la précarité sanitaire généralisée. Avant cela, certains ont fui des villes détruites ou occupées, d'autres ont perdu leur maison, leur travail, des proches... Ils soignent tous les jours - parfois sous les bombardements - des blessés-victimes et parfois des blessés-bourreaux. Eux-mêmes victimes de guerre, ils reçoivent des malades, traumatisés, égarés, mourant, mais ils accompagnent aussi au rythme de la vie qui s'impose malgré tout, par exemple des grossesses et des naissances. Les

illustrations cliniques suivantes³ tentent de rendre compte de certaines spécificités de ce vécu complexe. Ces données sont issues des notes des entretiens réalisés par vidéo-conférence et de l'écriture dans l'après-coup de l'expérience de ce dispositif. Comme tout récit clinique, elles portent la marque de la relation clinique et des vécus transféro/contre-transférentiels, que nous analyserons dans la partie commentaires.

Fragments de récits cliniques⁴

Vignette 1

Zena, 26 ans est infirmière en chef à l'hôpital frontalier coté Syrie. Après une migration interne avec sa famille, elle a trouvé ce travail qu'elle a particulièrement investi. Elle travaille en service de gynécologie et prend à cœur la sensibilisation des femmes et des hommes à la santé reproductive et à la contraception. Elle habite dans le village où se situe l'hôpital et se sent étouffée, empêchée de bouger, condamnée à rester dans ces lieux. Toujours souriante, elle demande des entretiens pour d'abord dire que tout va bien et qu'elle résiste : « le travail me fait tenir... mais les responsabilités ne me permettent pas d'être proche des autres, je ne peux pas me confier »; « en dehors de l'hôpital il ne se passe rien, je ne connais personne, j'ai tout laissé dans ma ville d'origine, où tout a été détruit, je ne veux même pas y penser ». Zena est hypervigilante, facilement effrayée. Dès qu'elle a un temps libre, elle est hantée par des images et des idées de mort, paralysée à l'idée de perdre d'autres membres de sa famille (elle a déjà perdu plusieurs cousins). Elle sursaute à la sonnerie du téléphone tout comme au bruit d'un avion qui passe. Elle semble tenir avec le travail, l'action qui absorbe toute sa pensée. Un autre volet de son travail est lié aux urgences : « quand il y a des batailles ou des bombardements, on participe tous au sauvetage, on ne pose pas de questions... c'est terrible ce que nous voyons, des corps en lambeaux, du sang, des gens qui crient... personne ne nous entend, nous n'avons que le *visage de Dieu...* ». Elle coupe court à cette conversation pour dire tout de suite qu'elle aime son travail et qu'elle se retrouve avec ses collègues après ces moments difficiles pour en parler. Elle tient à nous informer qu'ils rigolent beaucoup ensemble. Avec ses collègues femmes, elles s'organisent entre elles pour les gardes afin que le travail se passe bien, dans la collégialité et la solidarité. Avec humour, elle dit se préoccuper

-
3. Un accord éthique et une autorisation à publier ce texte a été obtenu par la direction générale de l'ONG qui a choisi de rester anonyme. L'idée du texte ayant émergé dans l'après-coup de la pratique de ces entretiens (n'ayant pas initialement de visée de recherche), des éléments des témoignages pouvant éclairer sur l'identité des sujets ont été modifiés (comme le métier, le service, et des données d'anamnèse), pour garantir leur anonymat et leur protection.
 4. Propos traduits de l'arabe, noms changés, et nombreux détails modifiés pour garantir l'anonymat et la protection, sans toucher à la problématique présentée.

aujourd'hui de son avenir et chercher « l'amour » : « j'en ai marre de la guerre, il n'y a plus d'hommes! ».

Vignette 2

Ali, est un anesthésiste habitant un camp improvisé dans une ancienne école, non loin de l'hôpital. Il est logé avec sa femme et ses enfants dans une pièce, dans des conditions d'insalubrité et de promiscuité avec les autres occupants. Sa préoccupation principale est sa fille de deux ans, dont le comportement a été perturbé suite à l'arrivée d'un petit frère. Lors d'une rencontre, il partage sa peur de ne pas être un bon père, et rêve d'un avenir meilleur pour ses enfants. Sa demande de bénéficier du soutien psychologique concerne sa fille. Il était en demande d'éclairage et de guidance pour s'occuper au mieux de ses enfants qu'il trouve angoissés dans ce contexte de guerre. Pris dans un quotidien professionnel intense, il met en avant sa mission professionnelle, ne se plaint de rien, lui, sauf de ce qui pourrait affecter ses enfants. Outre ces préoccupations, il semble vouloir exprimer que tout se passe bien pour lui. L'absence de plainte ou de demande le concernant directement, malgré des conditions personnelles difficiles, interroge sur une souffrance difficile à dire. Derrière son sourire et son apparente résignation, à demi-mot il formule l'espoir de partir un jour, avec sa femme et ses enfants, « sinon, les enfants ne verront jamais l'école ».

Vignette 3

Meriam est infirmière, elle travaille dans un lieu de soins en Turquie, qui accueille et écoute beaucoup de patients syriens ou turques affectés par la crise et la guerre. Elle se définit comme « migrante » et évoque souvent les effets qu'elle ressent sur elle. Malgré un sentiment d'isolement, elle se sent épargnée des bombardements, alors que sa famille est restée en Syrie. Dans le cadre de ce dispositif, elle souligne à partir de cette expérience personnelle, l'importance de se mettre à la place du patient, de celui qu'on soigne et qu'on accueille. Cette expérience à la fois d'indifférenciation et d'identification patients/soignants l'amène à exprimer une vraie demande d'accompagnement psychologique et de travail d'introspection. Il lui paraît nécessaire que les professionnels soient accompagnés dans ces contextes de migrations multiples, de cultures plurielles et dans des contextes où « le soignant, comme le soigné, est touché par le traumatisme et le mal de la guerre ».

Elle montre un plaisir de penser et un désir d'apprendre des langues étrangères. On dirait qu'elle tente d'inscrire la guerre dans le passé. Elle soulève aussi discrètement les difficultés de communication et d'intégration qu'elle a eues dans la société turque à son arrivée en raison des différences de « cultures » et du sentiment des turques d'être envahis

dans leurs pays, désormais sujet lui aussi aux bombardements. Suite à des bombardements dans cette zone elle se moque de son sort en disant, en s'appuyant elle aussi sur l'humour « tout va bien, on a fui la guerre et la guerre nous suit! Comme ça on n'est pas dépayés, on se sent chez nous, quelle poisse!!! »

Vignette 4

Emma est aide-soignante dans un dispensaire et habite dans un camp du côté turc avec sa sœur cadette. Plusieurs membres de sa famille sont morts, et la situation en Syrie l'a amenée à partir pour travailler et aider sa famille. Emma est plaintive, visage fermé et triste, elle revient souvent sur les mêmes idées : la peur, l'injustice, « tout est fini », « rien ne sera jamais comme avant, ils ont détruit mon pays ». Dépayée en Turquie, elle souffre d'être seule et incomprise et désigne les turcs avec des termes négatifs. « Mais je n'ai pas le choix », dit-elle. Elle vit difficilement sa situation de « migrante » : « Ici on est maltraités par les turcs, [...] nous en avons marre, nous voulons du respect, ils veulent nous diriger, ils nous traitent comme des réfugiés et non comme des collègues ». Ces pertes et ruptures semblent l'amener à opérer des clivages, et par là l'empêcher d'inscrire les événements douloureux dans une temporalité continue, et la maintenant dans un temps traumatique, figé et interminable où les pertes et les blessures demeurent vives.

COMMENTAIRES DES VIGNETTES

Les commentaires qui suivent sont également alimentés par les observations cliniques issues de notre pratique dans le cadre du dispositif de soutien psychologique.

Le vécu traumatique

Si ces soignants ne répondent pas tous aux critères symptomatiques du trouble de stress post-traumatique, ils ne sont pas pour autant moins affectés par des traumatismes cumulés. Ainsi, être partis de leurs villes ou pays d'origine vers des endroits supposés plus sûres, les amène à faire d'autres expériences d'adversité. En plus des scènes de « boucheries » et des menaces de bombardement, ils se trouvent dans des conditions précaires et inconstantes. Ils ont subi des pertes énormes et ont été arrachés à leur terre en ruine sans pouvoir agir. Les événements et les pertes s'enchaînent, la précarisation touche tant leurs rôles dans la société, que leur famille. Ils vivent au quotidien une profonde insécurité, parfois dans le doute et la méfiance de l'autre (amis, voisins, cousins). Les syriens sont non seulement attaqués par « l'étranger » mais aussi entre eux-mêmes, avec une multitude de groupes politiques et idéologiques aux objectifs très éclatés. Ces conditions génèrent un climat de méfiance et de

persécution à l'origine d'attitudes d'isolement et de repli sur soi, ou de désir de désertier.

La complexité de la rencontre interculturelle dans le soin humanitaire dans l'espace frontalier turc, s'inscrit aussi dans les rapports de pouvoir et les positions politiques de la Syrie et de la Turquie sur la scène internationale. Sur cette scène, l'ONG certes neutre fait face aussi aux angoisses, craintes et doutes. Les risques de vécu d'ingérence par les professionnels sont présents. Le mal est identifié, au dehors, chez les autres (les « expats », les turcs, les libanais, parfois, les hommes, les femmes) comme pour rassurer de sa propre identité. La conflictualité vécue notamment dans le rapport à la société turque révèle une ambivalence. Ils se sentent à la fois accueillis et rejetés, protégés, sauvés et incompris.

D'autres spécificités caractérisent ces soignants. Ils sont migrants ou déplacés, parfois, seulement à quelques kilomètres de leur lieu d'origine. Ils se sentent malgré tout à l'étranger. Et ce paradoxe de l'éloignement et de la proximité semble amplifier leur sentiment de culpabilité du survivant (Bettelheim, 1979), c'est à dire une culpabilité et des auto-reproches autour du fait d'avoir survécu à ce qui a causé la mort d'autres personnes ou d'en avoir été témoin.

Les ressources mobilisées pour y faire face

Face au quotidien traumatique, la plupart des soignants semblent mettre en place des défenses pour survivre. La circularité traumatique du temps subjectif, c'est à dire d'un temps qui est vécu comme figé, répétitif et condensé, sans possibilité de projection dans le futur (Bessoles, 2005) s'ajoute à la répétition des événements dans le sens de l'aggravation. Cela rend parfois les sujets insensibles à ce qui se passe, incapables d'identifier ou d'exprimer des émotions, face au non-sens et en guise de protection des affects intenses. Cette insensibilité est surtout une façade défensive qui les protège tant bien que mal des affects intenses et douloureux qu'ils pourraient ressentir. Pour y faire face, ils semblent ignorer le temps (cela se révèle dans leurs discours : répétitions de récits, indicibilité de temps dans les histoires, difficultés à se projeter dans l'avenir). Celui-ci s'arrête, devient insignifiant. Tous les jours se ressemblent et la vie se fait au jour le jour. Cet arrêt dans le temps rendrait à la fois compte des effets traumatiques et d'un ancrage défensif dans le présent et dans l'action. Ce fonctionnement dans l'urgence se fait ressentir dans la détresse du discours (notamment dans les vignettes 1, 2 et 4, alors que la vignette 3 montre au contraire un investissement de la pensée, signe d'un travail d'élaboration). Certains semblent privilégier des modes de fonctionnement par l'action, leur permettant d'éviter de penser aux images douloureuses, et de maintenir à l'écart des affects et des réminiscences traumatiques. Le

contexte professionnel favorisant ces modalités d'agir, c'est aussi cette action du présent qui les fait vivre et tenir et c'est aussi le fait d'être eux-mêmes présents au secours de la population. S'ils se vivent comme des citoyens égarés, ils sont par ailleurs des soignants engagés. Et c'est cet engagement là, au travers d'une identité professionnelle directement liée à la guerre et à la migration, qui semble leur permettre de se redéfinir et de s'inscrire dans un processus résilient. Nous nous référons ici au concept de résilience, lequel est défini comme un processus dynamique permettant l'adaptation positive dans à l'adversité, soit un stress importants ou cumulé, des traumatismes ou des contextes à valeur traumatique (Anaut, 2005).

Pour les soignants rencontrés, le travail est une ressource, au sens économique et social du terme, mais aussi au plan psychique. Accueillir la souffrance des autres dans des conditions parfois extrêmes les amène à trouver du sens à leur parcours et leurs déplacements multiples. À côté du soin, nous trouvons pour beaucoup une dimension engagée, pour la sensibilisation et la prévention, une conscience accrue des mécanismes d'identification et leurs effets, ainsi qu'une position parfois militante et revendicative pour avoir de meilleures conditions de vie et de travail.

Une autre ressource que les soignants puisent dans le groupe et dans les symboles culturels mis à mal : c'est le fait de rire de la mort et du désespoir. « Face à des situations de danger particulièrement chargées émotionnellement, l'humour constitue une ressource psychique salvatrice et salutogène qui facilite le processus de résilience » (Anaut, 2015). Une autodérision drôle et créative semble être un moyen pour canaliser les pulsions primaires et surtout rejouer les scènes traumatisantes pour les rendre pensables et pouvoir initier leur élaboration. C'est également une tentative d'intellectualisation plaisante pour les rendre partageable et les intégrer dans une résilience active (Cénat, Derivois et Mérisier, 2013; Cyrulnik, 2004). C'est ainsi que, dans ce dispositif, face à ma proposition de fixer des rendez-vous au-delà d'une semaine, j'ai été maintes fois confrontée à des éclats de rire « on ne sait pas si on sera vivants demain! Comment programmer des rendez-vous pour le mois prochain! », ou alors, face à la natalité en augmentation, due au manque de moyens de contraception « ce n'est pas grave, ils ont tué nos hommes, on en fera d'autres! »...

Cette manière de raconter sous l'angle de la dérision des vécus traumatiques complexes semble aussi avoir une fonction groupale et liante. Elle permet aux soignants de trouver des mots communs, de rire de leurs inquiétudes, de les partager en se détachant de l'aspect inquiétant et sidérant de la situation. Ces récits parfois satiriques ou caricaturaux de situations apparaissent comme de potentiels supports de symbolisation

concernant des pertes et des blessures de la guerre et une recherche de restauration de l'identité à travers un récit partagé.

Plus largement, le groupe de soignants apparaît aussi une ressource, le « nous » protégeant et contenant le « je » à risque de s'effondrer. Dans certaines situations, le groupe semble faire fonction de socle pour les deuils, les nostalgies du pays perdu mais aussi les espoirs de dénouement. Si leur sollicitude et leur engagement les mettent parfois face à des situations improbables, l'engagement en tant que membre de groupe, et l'identité de ce groupe de soignants en crise humanitaire leur donne un méta-cadre et une mission, leur permettant de tenir face à l'adversité.

Spécifiquement, deux types de groupalités ont été identifiés : la groupalité spirituelle, et la groupalité féminine. Pour la groupalité spirituelle, un recours au « nous » blessé, affecté dans son identité et son devenir, apparaît dans le discours de soignants. Un refuge collectif dans la spiritualité qui permet une acceptation et apporte un apaisement émotionnel. S'en remettre à Dieu, comme groupe victime permet de s'accrocher à un ultime espoir, pour faire face au sentiment d'isolement dans le monde. Dans ce sens des études réalisées auprès de populations sinistrées dans des contextes culturels différents (Derivois, 2012, Blanc, Rahill, Laconi et Mouchenik, 2016), ont montré la place de la spiritualité et de la religion comme étayage culturel et groupal, pour faire face aux situations traumatiques. La spiritualité peut aussi être une manière de chercher du sens à ce qui est vécu. Pour la groupalité féminine, les études sur la santé mentale des syriens dans le contexte de la crise actuelle soulignent la vulnérabilité particulière des femmes (Hassan *et al.*, 2015,) et leur exposition croissante à des violences physiques, sexuelles et psychologiques dans la société (International Rescue Committee, 2014 ; The international Women's Human Rights, 2014; UNHCR, 2014;). Les femmes témoignent néanmoins de capacités adaptatives qui leur permettent d'identifier les ressources disponibles dans leur environnement, de développer leurs réseaux sociaux (Al Akash et Boswall, 2015) et leurs ressources internes (International Medical Corps et UNICEF, 2012; Hassan *et al.*, 2015). L'ensemble de notre pratique auprès de ces soignants nous a permis de voir, au fur et à mesure des rencontres que le groupe des femmes semble apporter un grand soutien et témoigner, au delà de la crise, d'une transformation sociétale qui laisse davantage de place pour les femmes sur la scène professionnelle et économique, avec autonomie et compétence. Cela n'est pas sans changer les rapports de genre et amener des interrogations identitaires nouvelles pour ces femmes et ces hommes.

DISCUSSION

Traumatisme complexe, enjeux complexes

Nous sommes ici face à des vécus traumatiques complexes de ces soignants, associant les effets de la guerre, de la migration, et de l'exposition traumatique prolongée dans le cadre du travail de soins dans un contexte humanitaire incertain. A cette complexité s'ajoute la spécificité du parcours singulier de chacun. Dans certains cas, les symboles culturels à la fois attaqués et utilisés comme ultimes repères. Comme le mentionnent Fassin et Rechtman (2007), le traumatisme doit être pensé au-delà du champ strictement clinique, au vu de la cartographie du monde contemporain et des dimensions culturelles. À l'image des migrations, le traumatisme devient aussi un objet national, international et transnational. A la fois intime et public, il témoigne de souffrances intenses « aux frontières floues entre le champ clinique et le champ sociopolitique » (Lazali, 2009).

Comme l'a montré le commentaire des vignettes et à partir de l'ensemble de notre pratique, un nouveau rapport à l'espace et une nouvelle temporalité viennent témoigner de la destruction des repères temporo-spatiaux. L'hypothèse de l'effraction des enveloppes psychiques (Anzieu, 1987), causée par ces traumas complexes, permettrait de comprendre que se définit aussi un nouveau rapport à l'autre, puisque les limites entre soi et l'autre sont fragilisées. Ce rapport qui se situerait dans deux polarités extrêmes. D'un côté, l'autre est identique, fondu avec soi dans l'indifférenciation induite par les situations extrêmes. La cohésion groupale contient ce genre de rapport, en témoigne le « nous » indifférencié qui évoque les souffrances. D'un autre côté, l'autre est aussi l'étranger, dangereux et insécurisant. Cependant, la figure de l'étranger agresseur est souvent polymorphe suscitant l'ambivalence. Il est à la fois « l'occidental » qui bombarde et qui dispose du droit d'ingérence, mais aussi celui qui protège et épargne des conditions difficiles (les ONG internationales par exemple). Son simple regard témoin pourrait agresser, autant qu'il est également celui qui vient en aide et apporte par son statut de témoin un espoir de changement.

La figure de l'étranger est également caractérisée par une proximité inquiétante. Les divisions internes et les tensions de la société syrienne peuvent expliquer cette méfiance de tout le monde. Nos observations ont révélé une certaine autocensure des opinions qui produit une apparence de cohésion et d'indifférenciation des individus dans le groupe. Nous avançons ici l'hypothèse d'une identité commune de surface comme protection du risque d'être identifié comme potentiel ennemi et donc d'être mis en danger. Ce type de défenses se retrouve souvent dans les guerres civiles où les tensions sociétales intra-nationales sont basées sur des

idées politiques, des ethnies, des communautés, comme peuvent par exemple le montrer les tensions intercommunautaires encore aujourd'hui au Liban ou au Rwanda. En effet, même des années après la crise dans ces deux pays, la méfiance marque la mémoire collective et le lien social (Linden et Rutkowski, 2013). Le fait d'être également soignant semble intensifier ces vécus, car la confrontation au traumatisme est double (le sien propre, celui des personnes à soigner), et les place de par leur fonction soignante dans une nécessité de neutralité et d'accueil, qui co-existe avec leur propre préoccupations, positionnements et souffrances individuelles.

Le rapport à l'autre se redéfinit ainsi autour de cette question de survie et de sécurité. Les migrants syriens en zones frontalières régissent aux ingérences politiques, sur lesquelles ils n'ont aucune prise (Brauman et Dufourg (?), 2016), à un autre niveau, celui des relations inter-groupales et intersubjectives. Les émotions collectives (peur, humiliation, espoir) liées aux contextes national et international (Moïsi, 2008) vont prendre consistance dans les interactions et les relations. En effet, dans le cas particulier de la Syrie et la Turquie, alors que la Turquie est le pays qui accueille le plus de réfugiés syriens au monde actuellement (UNHCR, 2017), les relations entre syriens et turques restent marqués par les tensions actuelles qui peuvent affecter les liens, les relations de soin et d'accueil. A titre d'exemple, une équipe de soignants, pour la plupart syriens était, en difficulté avec leur superviseur turc. Les voies de résolution possible de ces conflits étaient fermées et toujours remplacées par la question culturelle et un rapport de force. Quelque temps après, l'arrivée d'un superviseur, à compétences équivalentes d'une autre nationalité, a donné lieu à un apaisement considérable. Mis à part les spécificités de chaque superviseur et sa méthode de travail, les tensions cristallisées dans la relation avec le précédent superviseur semblaient être construites autour du raccourci « il n'aime pas les syriens ». Cela était aussi une façon pour l'équipe d'exprimer leur inscription personnelle dans l'histoire et l'actualité des deux pays.

De la survivance à la créativité : les processus de résilience

Le groupe (professionnel humanitaires, hommes, femmes, syrien migrants, etc.) apparaît comme support. Si les individualités et les identités singulières sont mises à mal, le « nous » semble résister. Le groupe est en effet investi comme espace tampon et espace de transformations. En s'appuyant sur le groupe, les personnes restent les mêmes et peuvent aussi changer, avec la garantie de la constance du groupe et sa fonction contenante (Anzieu, 1987; Kaës, 1976). Parfois, les expériences traumatiques peuvent conduire une culture à remettre en question ses valeurs traditionnelles, ses habitudes et ses structures sociales (Boehnlein, 2002), et l'amener à mettre en place de nouvelles modalités ou de

nouveaux comportements adaptatifs qui à leur tour permettront de construire un nouveau sens et de nouveaux symboles. Au niveau collectif, le traumatisme détruit la vision du monde déjà construite dans une société et nécessite des réaménagements. Ce qui en soi n'est ni positif ni négatif mais relève d'un déséquilibre et d'une perte de sens, autant de possibilités de reconstruction. En Syrie, le travail des femmes par exemple fait partie de ces changements qui interrogent le sens collectif. Leur autonomie et responsabilité croissante est un fait socio-économique lié à la crise. Selon nos observations, ce fait semble provoquer des chamboulements dans les rapports de genre et ouvre sur de multiples possibilités de nouvelles configurations familiales, des liens intersubjectifs et des constructions identitaires.

Parmi les ressources psychiques évoquées dans les vignettes cliniques, nous avons relevé l'utilisation de procédures adaptatives ou défensives passant par l'humour et l'autodérision. En situations de grande adversité, l'humour « est l'art de se saisir des aspects cocasses, absurdes, ridicules ou insolites des épreuves de l'existence » (Anaut, 2014). En révélant l'incongruité et le caractère dérisoire des expériences adverses, l'humour nous délivre de la détresse émotionnelle. Dans la perspective psychodynamique, l'humour est considéré comme un mécanisme de défense parmi les plus sains et les plus adaptés (Freud 1927). Il modifie la connotation émotionnelle désagréable en associant une composante positive. Le détachement humoristique permet ainsi de se protéger de l'invasion des émotions négatives en convoquant des affects positifs. L'autodérision, que l'on observe souvent dans des contextes de survie, est une forme d'humour qui, selon Anaut (2014), permet le développement d'un « sentiment de contrôle et exprime une démarche proactive face à l'aliénation ». En contextes de dangers patents, les occasions de rire et d'autodérision témoigneraient de la jubilation d'être encore en vie dans ces situations extrêmes.

L'humour contribue à canaliser les émotions mortifères et rend possible la mise en sens et en récit des expériences délétères et d'inscrire le vécu dans le temps et l'histoire de l'humanité. C'est un moyen individuel et collectif de faire face à la barbarie qui a tendance à « confisquer la mémoire et sa transmission transgénérationnelle » (Bessoles, 2005). Si le traumatisme « condamne à garder à perpétuité la seule mémoire de l'instant de l'effroi en annulant le passé et interdisant l'avenir » (Altounian, 2000), l'humour ouvre des brèches d'historicisation et de travail de deuil, indispensables pour que les sujets puissent se projeter dans le futur. Ainsi, peut-on dire qu'en contextes traumatogènes, la distance opérée par les mécanismes de l'humour autorise l'expression des émotions et soutient la mise en sens d'un vécu sinon insupportable, voire traumatogène. Le travail d'historicisation (Aulagnier, 1984) peut alors avoir lieu malgré les entraves à la mise en sens. Par la mise en jeu de l'espace imaginaire, l'humour aide à

(re)donner du sens à l'histoire de vie et à la partager. Dans sa dimension d'adresse à l'autre, les sujets ayant vécu des situations extrêmes utilisent parfois la caricature ou la dramatisation avec des formes presque esthétiques, qui témoignent de la mise en acte de « processus créateurs » (Anzieu, 1974, 1980) à partir des expériences de danger. C'est ainsi que nous paraît possible le dépassement de la circularité traumatique à travers une adresse à l'autre (notamment par l'humour), y compris aux générations suivantes à qui on raconte ces bouts de l'histoire.

Un autre point paraît central : il s'agit de la fonction soignante de ces sujets. Si notre analyse a porté sur le vécu complexe de ces personnes dans leur singularité, la fonction soignante s'est dégagée comme une constante dans leur environnement incertain (se référer aux vignettes de Meriam et Zena particulièrement). Elle constitue une part préservée, voire valorisée de leur identité. Elle contribue à donner du rythme et du sens à leur quotidien, et à se sentir ancrés dans ce qui se passe autour d'eux. L'identité du soignant « malgré tout » (Baubet, Le Roch, Bitar et Moro, 2003), est elle-même une ressource et peut être considérée comme un tuteur de résilience, face à la guerre qui détruit tout à son passage. Cela nous amène à penser plus largement que le « potentiel soignant » ou le « potentiel aidant » des personnes concernées par les crises humanitaires, peut être un tuteur de résilience et de coétayage et devrait être recherché et développé dans les programmes d'intervention. Ainsi, dans les camps et les foyers d'accueil de migrants par exemple, les ressources des uns peuvent être des étayages pour les autres. Si l'on peut parler de soignants résilients en situation de crise, on peut également supposer que cette résilience touche aussi les bénéficiaires des soins, mais également leur entourage familial et sociale (leurs enfants, leurs voisins dans le camp, etc.) car les soignants seraient en mesure de mettre à disposition leurs ressources et d'accompagner au-delà de l'acte strict de soin. Il s'agit en effet de « prendre soin de », de mobiliser des ressources pour les autres et pour soi.

Retombées sur les pratiques

La formation, le suivi et l'accompagnement des intervenants humanitaires est une des priorités de l'ONU (United Nation Office for the Coordination of Humanitarian Action, 2016). Il est nécessaire pour les soignants d'être formés sur les enjeux politiques et culturels, de même qu'à l'égard de leurs impacts sur la relation de soin ou d'accompagnement, notamment dans les différents niveaux du transfert et du contre transfert. Ces derniers sont particulièrement mobilisés dans les situations de grande souffrance physique et psychique. Ces soignants font face non seulement au niveau micro (intersubjectif) mais aussi aux niveaux méso (groupal, institutionnel) et macro (sociétal, mondial) de la dynamique transféro/contre-transférentielle (Derivois, 2015). Ce qu'ils vivent au niveau

intrapyschique de leur histoire subjective a des résonances globales et impacte la relation d'aide ou de soin. Les relations interpersonnelles se font souvent sur fond de relations internationales implicites ce qui amène à une certaine vigilance concernant la « géohistoire de la rencontre clinique » (Derivois, 2010, 2015). Par exemple, un syrien pourrait préférer se confier à un Égyptien, un Français, au lieu d'un Turc ou d'un Libanais ou un Syrien du village voisin et ces préférences pré-organisent la dynamique transférentielle. Car, comme nous l'avons souligné précédemment, si les effets d'ingérence affectent les relations (Agier, 2008), celui de la division, des tensions locales contextuelles et du manque de confiance causé par la multiplicité des orientations politiques et idéologiques dans une même communauté, peut parfois constituer une menace interne pour les syriens et peut même continuer à les préoccuper parfois très loin de leurs pays.

Un aspect important dans la formation est celui, de l'évaluation psychologique et de ses risques. Toutefois, si les classifications sont nécessaires pour orienter les prises en charge, elles doivent être reconsidérées selon le contexte culturel et le parcours singulier de chacun. De l'autre côté, l'excès de culturalisme a lui aussi ses risques. L'évaluation des dégâts causés par les guerres et les crises politiques s'inscrit aujourd'hui dans la complexité de ce que Fassin et Rechtman (2007) appellent « l'empire du traumatisme ». En effet, selon les pays et les politiques migratoires, on tend plus ou moins à vérifier si le sujet est vraiment traumatisé et aujourd'hui, « la suspicion sur la parole du dit blessé demeure, mais ses lieux d'énonciation se déplacent entre les frontières et les discours » (Lazali, 2009). Si les démarches sont souvent nécessaires dans le cadre des procédures de soin et d'accompagnement psychosocial et des réglementations en vigueur, il revient aux professionnels de prendre en compte ces dimensions et de les utiliser avec lucidité et réflexivité. Les risques d'étiquetage diagnostique sont présents et il nous paraît nécessaire de prendre davantage en compte les dimensions psychiques, intersubjectives et culturelles. Ainsi, l'esprit critique vis à vis des grilles et des procédures – même si elles sont souvent utiles pour permettre un repérage – est un moyen pour l'établissement de la relation d'aide qui prenne en compte la dimension intersubjective, avec une posture clinique ouverte.

L'accueil des migrants affectés par la guerre et déracinés doit également donner toute sa place à la dimension groupale. Si l'accueil des réfugiés nécessite souvent des bases comme la disponibilité des soins physiques, des services psychosociaux et l'hébergement dans des lieux sécurisants (Pottie, Greenaway, Hassan, Hui, et Kirmayer, 2016), l'inscription dans un collectif est tout aussi nécessaire. Ici les modèles

communautaire⁵ du soin ainsi que les dispositifs inter et transculturels ont toute leur place (Rousseau, Guzder, Santhanam-Martin, et De la Aleda, 2014). Par exemple, il est important de prendre en compte l'organisation de la vie dans les camps, la place des personnes ressources et des relations de confiance (Acarturck *et al.* 2015). Les recherches interculturelles sur les questions du traumatisme doivent être encouragées (Boehnlein, 2002), car elles permettraient de saisir la complexité et la singularité de chaque rencontre. En ce sens il est nécessaire de reconnaître et de considérer les besoins des fournisseurs de soins de première ligne (Boehnlein, 2002) qu'ils soient dans les pays frontaliers, ou dans des pays très loin du lieu de la crise, et de s'ouvrir à des méthodes créatives (Rousseau *et al.*, 2014). La formation initiale et continue des soignants doit aussi permettre de développer une écoute multiple et de questionner les niveaux de discours. Il s'agit de déconstruire les évidences et reconstruire des liens créatifs. En effet, pour passer d'une résilience du soignant à une résilience des soignés, il est nécessaire de bricoler les liens et les dispositifs en laissant place à la créativité et au dépassement des préjugés, de façon à créer une dynamique de reconstruction et de co-étayage, afin que se propage une « onde résiliente ». Nous proposons cette expression d'onde résiliente pour décrire cette dynamique de co-étayages qui se propagent dans le groupe et permettent à des personnes de se saisir de la résilience d'autres personnes pour construire la leur.

CONCLUSION

Cet article a mis la focale sur le vécu des soignants eux-mêmes réfugiés aux frontières de la Syrie. Il a permis une double lecture, celle centrée sur les victimes de guerres en déplacement, et celle centrée sur ceux qui accueillent cette population. Le fait qu'il s'agisse, dans cet article, des mêmes, montre la complexité et l'intrication des traumas. Nos résultats pointent la nécessité d'accompagner les professionnels, non épargnés de la traumatisation secondaire et de l'exposition aux effets des discours traumatiques, parfois codés autrement par des symboles « culturels » qui essaient de lui donner du sens. Pour beaucoup d'entre eux, il y a des moments où ils sont accueillis tout en accueillant à leur tour. L'étude des expressions traumatiques et des mécanismes de résilience, d'un point de vue psychodynamique, apporte un regard singulier sur le vécu de ces soignants/réfugiés et montre la nécessité de la mise en sens dans le travail d'accompagnement. Cette approche des accueillis/accueillants doit être un

5. « S'appuyant sur les compétences et les ressources des usagers et des communautés, la psychologie communautaire se distingue des modèles traditionnels d'intervention en santé mentale. Elle requiert du psychologue d'étendre ses compétences aux champs de la prévention et de la promotion de la santé. Favorisant la participation des usagers, la conception positive de la santé, l'*empowerment* des individus, des groupes et des communautés, son objet est l'élaboration de modèles ergonomiques de santé mentale » (Saïas, 2009, p. 7).

élément à extrapoler ou transposer pour les situations d'accueil dans les autres pays frontaliers, en Europe ou en Amérique du Nord, où les soignants/accueillants peuvent eux aussi venir de tout bord, culturels, théoriques et idéologiques. Les réfugiés qui arrivent enfin à leur quai d'amarrage, ont souvent traversé des frontières diverses et été confrontés également à des systèmes de soin, des cultures et de professionnels différents à chaque fois sans doute affectés et soucieux de bien faire, dans des contextes humanitaires et politiques différents. Ainsi, la question socio-politique doit aussi être prise en compte dans leurs histoires traumatiques qui finissent parfois à s'amarrer quelque part pour pouvoir se raconter. Les ressources et les mécanismes de résilience identifiés chez ces soignants, mais aussi les questionnements identitaires, peuvent aussi servir d'appui dans les prises en charge visant l'étayage de la résilience tant des réfugiés que des soignants qui les accueillent.

RÉFÉRENCES

- Acarturk, Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandii, M., Cuijpers, P. et Aker, T. (2015) EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, doi : 10.3402/ejpt.v6.27414
- Agier, M. (2008). *Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*. Paris, France : Flammarion.
- Agier, M. (2014). *Un monde de camps*. Paris, France : La Découverte.
- Al Akash R et Boswall K. (2015). Listening to the voices of Syrian women refugees in Jordan: Ethnographies of Displacement and Emplacement. *Intervention*, 13 : in press.
- Altounian, J. (2000). *La survivance : traduire le trauma collectif*. Paris, France : Dunod.
- Anaut, A. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherches en soins infirmiers*, 82(3), 4-11.
- Anaut, M (2015). *Psychologie de la résilience*. Paris, France : Armand Colin.
- Anaut, M. (2014). *L'humour entre le rire et les larmes. Traumatisme et résilience*. Paris, France : Odile Jacob.
- Anzieu D. (1974). *Psychanalyse du génie créateur*. Paris, France: Dunod.
- Anzieu, D. (1980). *Le Corps de l'œuvre*. Paris, France : Gallimard.
- Anzieu, D. (1987). *Les enveloppes psychiques*. Paris, France : Dunod.
- Aulagnier, P. (1984). *L'Apprenti historien et le maître sorcier*. Paris, France : PUF.
- Baubet, Th., Le Roch, K., Bitar, D. et Moro, M-R. (2003). *Soigner malgré tout : trauma, culture et soin*. Grenoble, France : La pensée sauvage.
- Bessoles, Ph. (2005). Barbarie et traumatisme. *Clinique de la terreur. Champs Psychosomatiques*, 38, 31-49.
- Bettelheim, B. (1979). *Survivre*. Paris, France : Robert Laffont.
- Bierens de Haan, B. (1997). *Engagement humanitaire et conflits armés : Le facteur stress*. Genève, Suisse : CICR Publications.
- Blanc, J., Rahill, G-J., Laconi, S. et Mouchenik, Y. (2016). Religious Beliefs, PTSD, Depression and Resilience in Survivors of the 2010 Haiti Earthquake. *Journal of affective disorders*, 15(190), 697-703. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.046
- Boehnlein, J-K. (2002). La place de la culture dans les études sur le traumatisme : une perspective américaine. *L'Évolution psychiatrique*, 67, 712-723.
- Brauman, R. et Dufourg, F. (2016). *Diplomatie de l'ingérence*. Bordeaux, France : Elytis.
- Cénat J., Derivois D. et Merisier G. (2013). École et résilience chez les enfants et adolescents dans l'Haïti post-séisme. *Revue québécoise de psychologie*, 34(2), 189-201.
- Cyrułnik, B. (2004). *Parler d'amour au bord du gouffre*. Paris, France : Odile Jacob.
- Derivois, D (2010). *Les adolescents victimes/délinquants*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

- Derivois, D. (2012). L'hypothèse d'une résilience de l'esprit et des esprits en Haïti. *Sciences Croisées*, 11. Récupéré à <http://sciences-croisees.com/N11/Derivois.pdf>.
- Derivois, D. (2015). Globality as a clinical posture. *International Journal of Culture and Mental Health*, 8(3), 300-315.
- Evces, M.-R. (2015). What is vicarious trauma? Dans G. Quitangon et M. Evces (dir.), *Vicarious trauma and disaster mental health : Understanding risks and promoting resilience* (p. 9- 23). New York, NY : Routledge/Taylor et Francis Group.
- Fassin, D. et Rechtman, R. (2007). *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris, France : Flammarion.
- Finklestein, M., Stein, E., Green, T. Bronstein, I et Solomon, Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health et Social Work*, 40(2), 25-31.
- Freud, S. (1927). L'humour. In S. Freud (Éds). *Œuvres complètes* (vol 18, p. 133-140). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Hassan, G., Kirmayer, L., Mekki- Berrada A., Quosh, C., el Chammay R., Deville-Stoetzel, J. B., ... Ventevogel, P. (2015). *Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians*. Genève, Suisse : United Nation High Commissioner for Refugees.
- Hassan, G., Ventevogel, P., Jefe-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A. et Kirmayer, L. J. (2016). Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 129-141.
- International Medical Corps, UNICEF. (2012) Displaced Syrians in Za'atari camp : Rapid mental health and psychosocial support assessment analysis and Interpretations of findings. Amman, Jordanie : UNICEF.
- International Rescue Committee. (2014). Are we listening? Acting on our commitments to women and girls affected by the Syrian conflict. New York, NY : IRC.
- Jarzombek, M. (2002). L'onde traumatique. *Les cahiers de médecine*, 1(13), 217-226.
- Josse, E. et Dubois, V. (2009). *Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Kaës, R. (1976). Analyse intertransférentielle, fonction alpha et groupe conteneur. *L'Évolution psychiatrique*, 2, 239-247.
- Lazali, K. (2009). Politiques du traumatisme du collectif à l'individuel. A propos de... "L'empire du Traumatisme. Enquête sur la condition de victime" de Didier Fassin et Richard Rechtman. *L'Évolution psychiatrique*, 74, 622-628.
- Linden, M. et Rutkowski, K. (2013). *Hurting memories and beneficial forgetting: posttraumatic stress disorders, bigraphical developments and social conflict*. Londres, Royaume-Uni : Elsevier.
- Moïsi, D. (2008). *La géopolitique de l'émotion*. Paris, France : Flammarion.
- Pandolfi, M. et Corbet, A. (2011). De l'humanitaire imparfait. *Ethnologie française*, 41(3), 465-472.
- Pestre, E. (2010). *La vie psychique des réfugiés*. Paris, France : Éditions Payot et Rivages.
- Pottie, K, Greenaway, Ch., Hassan, Gh., Hui, Ch. et Kirmayer, L-J. (2016). Caring for a newly arrived Syrian refugee family. *Canadian Medical Association Journal*, 188(3), 207-211.
- Quosh, C., Eloul, L. et Ajlani, R. (2013). Mental health of refugees and displaced persons in Syria and surrounding countries: a systematic review. *Intervention*, 11(3), 276-294.
- Rousseau, C., Guzder, J., Santhanam-Martin, R. et De la Aleda, E. (2014). Trauma, culture, and clinical work: The "House of Stories" as a pedagogical approach to transcultural. *Traumatology*, 20, 191-198.
- Saias, T. (2009). Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques psychologiques*, 15(1), 7-16.
- Serniklaes, O. (2003). Intervenants psychosociaux face aux victimes. Processus psychodynamique de la traumatisation indirecte. *Journal international de victimologie*, 1. Récupéré de <http://www.jidv.com/>
- The international Women's Human Rights (IWHR) Clinic at the city university of New York (CUNY) School of law, the women's international league for peace and freedom (WILPF). (2014). *Seeking accountability and demanding change : A report on women's human rights violations in Syria before and during the conflict*. Genève, Suisse: United Nations Committee To End All Forms of Discrimination Against Women (Cedaw).

Soigner aux frontières

United Nation Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2016). *Word humanitarian day 2016*. Récupéré de <http://www.unocha.org/whd2016>.

United Nations High Commissioner for Refugees. (2014). *Woman alone : The fight for survival by Syria's refugee women*. Genève, Suisse : United Nations High Commissioner for Refugees.

United Nations High Commissioner for Refugees. (2017). Urgence en Syrie. Récupéré de <http://www.unhcr.org/fr/urgence-en-syrie.html>.

RÉSUMÉ

Les soignants d'hôpitaux habitant et travaillant aux frontières turco-syriennes sont aussi des migrants ou des réfugiés syriens. Comme la population sinistrée, ils exercent leur activité professionnelle au rythme de la guerre et nécessitent également un accompagnement. Dans le cadre de l'Unité psychosociale d'une ONG internationale, un soutien psychologique en visio-conférence est proposé aux soignants en Syrie et en Turquie. Cet article propose un commentaire et une réflexion clinique sur le quotidien de ces soignants, leur santé mentale, ainsi que sur leurs mécanismes de survie psychiques, groupaux et culturels. Quatre vignettes cliniques sont commentées et discutées pour comprendre la complexité des expériences à caractère traumatique et les processus de résilience en situation de guerre, afin d'identifier des pistes d'interventions adaptées.

MOTS CLÉS

traumatisme de guerre; professionnels de santé; réfugiés; relation de soin; résilience; accompagnement

ABSTRACT

Caregivers in hospitals who are living and working on the Turkish-Syrian borders are also Syrian migrants or refugees. Like the disaster-stricken population, they carry out their professional activities at the rate of war and also require accompaniment. Within the framework of the Psychosocial Unit of an international NGO, psychological support in videoconference is offered to caregivers in Syria and Turkey. This article proposes a commentary and a clinical reflection on the daily life of these caregivers, their mental health, as well as on their psychic, group and cultural survival mechanisms. In order to identify appropriate avenues of intervention, four clinical cases are discussed to understand the complexity of traumatic experiences and resilience processes in war situations.

KEYWORDS

war trauma; caregivers; refugees; care relationship; resilience; accompaniment
