



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Communication

## Crise syrienne : regards sur le soutien psychologique des réfugiés

### *Syrian crisis: Looks on the psychological support of the refugees*



David Coutier

Service de psychiatrie, hôpital d'instruction des armées Percy, 101, avenue Henri-Barbusse, 92140 Clamart, France

#### INFO ARTICLE

*Historique de l'article :*

Disponible sur Internet le 4 novembre 2015

*Mots clés :*

Armée  
Camp de réfugiés  
Équipe pluridisciplinaire  
Traumatisme psychique  
Urgence médico-psychologique  
Jordanie  
Syrie

#### R É S U M É

En août 2013, à l'acmé de la crise syrienne, l'État français décide de la mise en place d'une structure médicochirurgicale à destination des réfugiés syriens, positionnée au sein du camp de Za'atari en Jordanie, à quelques kilomètres de la frontière syrienne. Face à l'évidence des blessures psychiques de cette population meurtrie, endeuillée et en exil, l'urgence médico-psychologique prendra le pas sur l'aspect chirurgical. Ainsi, le dispositif évoluera, permettant la mise en place d'un binôme psychiatre/psychologue. L'opération « Tamour » est atypique car elle place l'action du Service de Santé au profit des réfugiés au centre de sa mission, et non pas dans sa mission régaliennne de soutien des Forces. Les problématiques psychiques des réfugiés syriens sont certes en lien direct avec les vécus traumatiques liés aux horreurs d'une guerre civile (torture, viols, exécutions, bombardements sur des zones d'habitation), mais également à la précarité et à la violence de la vie au long cours sur un camp de réfugiés de plus de 140 000 personnes. Cela vient questionner ce qui fait régulation de la loi, et l'inscription du symbolique face à la perte de l'ancrage dans une société jusque-là structurante et organisatrice. Nous développerons par ailleurs le travail particulier réalisé avec les enfants par des biais de médiation, distincts des prises en charge destinées aux adultes. Enfin, une attention particulière sera portée sur le vécu des personnels du détachement militaire, désarmés et sans ennemi, dépossédés de leur idéal guerrier, se risquant ainsi à une difficile identification aux statuts d'assiégés et d'exilés des réfugiés syriens.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

#### A B S T R A C T

In August 2013, in the acme of the Syrian crisis, the French State decides on the implementation of a medical surgical structure bound for the Syrian refugees, positioned within the camp of Za'atari in Jordan, a few kilometers away from the Syrian border. In front of the obvious fact of the psychic wounds of this bruised, saddened population and in exile, the medicopsychologic urgency will override the surgical aspect, so the device will evolve allowing the implementation of a binomial psychiatrist/psychologist. The operation "Tamour" is atypical because it places the action of the Health service for the benefit of the refugees in the center of its mission, and not in its kingly mission of support of the armed forces. The psychological problems of the Syrian refugees are in direct link with the related traumatic experiences of the civil war horrors (torture, rape, executions, bombing raids), but also with the insecurity and violence of life in the long course on a refugee camp of more than 140,000 people. We will also develop the particular work with children through mediations, distinct from the support for adults. Finally, particular attention will be paid on the experience of the military detachment, disarmed and without enemy, dispossessed of their warrior ideal, risking a difficult identification with the exiles statute of Syrian refugees.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

*Keywords:*

Army  
Refugees Camp  
Multidisciplinary team  
Psychic trauma  
Medico-psychological team  
Jordan  
Syria

Adresse e-mail : davidcoutier@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.10.009>

0003-4487/© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

## 1. Introduction

En mars 2011, dans les suites du « Printemps arabe », des révoltes en Syrie sont réprimées par le régime de Bachar el Assad. Ces événements marquent le début d'une guerre dévastatrice entre les rebelles de l'Armée Syrienne Libre et les forces gouvernementales. En quatre ans, ce conflit a déjà causé la mort de plus de 220 000 personnes et a contraint plus de 11,2 millions de personnes à quitter leur foyer. Selon l'UNHCR, plus de 3,9 millions de personnes ont fui la Syrie pour des pays frontaliers comme la Jordanie, le Liban ou la Turquie.

C'est dans ce contexte que l'État français décide en août 2012 de la mise en place d'un groupement médicochirurgical (GMC) à destination des réfugiés syriens. Celui-ci est alors positionné en Jordanie, au sein du camp de réfugiés de Za'atari, à quelques kilomètres de la frontière syrienne.

Une antenne chirurgicale avancée (ACA) est installée en quelques jours afin de pouvoir répondre à la demande d'une « chirurgie de guerre ». Un psychiatre accompagne ce détachement. En mars 2013, devant l'urgence médico-psychologique de cette population meurtrie, endeuillée et en exil, l'ACA cesse son activité et passe le relais à un urgentiste et à un interniste accompagnés d'un binôme psychiatre/psychologue. La structure sur place dispose d'un brancard de déchoquage, de trois brancards de délestage et de huit lits d'hospitalisation.

Le camp de réfugiés a lui aussi nettement évolué, majorant les contraintes de la vie du quotidien. En moins de huit mois, l'effectif du camp est passé de 10 000 à 120 000 réfugiés, atteignant ses limites de saturation. Cette population correspond alors à la taille de la quatrième plus grande ville de Jordanie ou encore de la population de la ville de Nancy en France. Il faut alors adapter ce cantonnement par d'importants travaux d'infrastructures, de terrassement, d'éclairage, de traitement des eaux usées et de la mise en place des sanitaires, afin que cet espace désertique situé sur une ancienne base aérienne puisse accueillir dans des conditions les plus humaines possibles une population démunie sur une durée indéterminée, dépendante de la fin du conflit en Syrie.

## 2. Particularités

### 2.1. L'attribution d'une mission de soins à l'armée française au profit d'une population civile

Ces dernières années, l'armée française s'est déjà illustrée lors d'interventions civilo-militaires en situation de catastrophe, à l'échelle internationale.

Ainsi, en 2003, lors du tsunami en Thaïlande, l'armée française avait affrété un aéronef et du personnel santé composé de médecins urgentistes, d'infirmiers et d'un psychologue pour une mission de rapatriement des ressortissants européens [3]. En 2011, une nouvelle mission prend en charge le rapatriement de plus de 2500 personnes dans le contexte de risques NRBC liés à l'explosion de la centrale de Fukushima. Encore plus récemment (en 2015), une antenne a été installée en Guinée Conakry pour le soutien des soignants pendant l'épidémie Ebola.

Aussi, le savoir-faire de la gestion des situations de crise écologique et géopolitique, corrélé à une expérience historique de la prise en charge des populations civiles sur les théâtres de guerre, fait de l'armée française un interlocuteur désigné pour ce type d'intervention. La nécessité d'une rapidité d'action sur des territoires parfois hostiles, que ce soit sur un plan climatique ou sécuritaire, justifie d'autant plus son implication [5].

### 2.2. L'installation d'un camp de réfugiés dans une région menaçante

La proximité du camp de réfugiés avec la frontière jordano-syrienne située à une dizaine de kilomètres, où retentissent chaque jour les détonations des bombardements, et le climat (tempêtes de sable, pluie, neige, et dès le printemps des températures dépassant les cinquante degrés) rendent encore plus précaires les conditions de vie des réfugiés. Ces derniers ont été logés dans l'urgence, par regroupement familial, sous des tentes, puis sous des préfabriqués. Ce type de logement permet aux réfugiés de retrouver un semblant de « chez soi », un sentiment de propriété alors qu'ils ont tout perdu de ce qui constituait leurs vies d'alors [1].

Sur le camp, clos et possédant uniquement deux entrées, il existe également des risques liés à la promiscuité des lieux de vie, comme la prolifération des virus, mais aussi des incendies. Une campagne de vaccinations contre la rougeole et la poliomyélite, mise en place par l'armée française en collaboration avec l'Unicef, a permis de vacciner 38 000 enfants sur le camp.

Un autre risque, plus insidieux, est celui de la dissolution d'une identité nationale au profit d'un sentiment d'appartenance à un courant religieux ou ethnique. Nombre de pays donateurs du Golfe fournissant des solutions d'habitat « marquent » leurs préfabriqués de leurs armoiries nationales, « ghettoïsant » certaines parties du camp. Cela n'est pas sans incidence sur les éléments constitutifs du principe d'identité [8]. Ce risque est majoré par un dispositif d'enregistrement des réfugiés mis en place par la Jordanie. Cette population, déracinée et en proie à un vécu d'abandon, se voit retirer ses papiers d'identité contre la remise de « cartes famille » provisoires déterminant l'accès à la nourriture et aux matières premières.

Malgré ces difficultés, la vie sociale sur le camp retrouve des temps et des lieux à même de pouvoir réorganiser le Sujet [10]. Des écoles sont ouvertes, avec pour la plupart des enseignants syriens. Les enfants retournent progressivement en classe, tissent du lien social, récupèrent un sentiment de normalité à distance de la violence du vécu traumatique. Quelques boutiques de tôles ondulées sont ouvertes, proposant nourriture et biens de première nécessité. Ces éléments contribuent à l'organisation d'une vie sociale face à la perte de l'ancrage dans une société jusque-là organisatrice et structurante.

### 2.3. Le camp français est situé au sein du camp de réfugiés

De par sa situation, le camp français vit au rythme des appels à la prière, des livraisons d'eau et des manifestations quasi quotidiennes contre les forces de police jordaniennes. Il n'est pas rare que des pierres soient jetées sur le camp, que des matériaux de clôture soient dérobés ou bien encore que des insultes fusent au portail lorsque l'accès au camp français est refusé. Certains personnels du camp ont d'ailleurs exprimé un sentiment de « position assiégée ». Le risque le plus important reste un mouvement de foule, qui conduirait à un envahissement du camp. Dans ce cas de figure, afin de ne blesser personne, l'ordre est de ne pas affronter les émeutiers, mais de se préparer à l'évacuation rapide de l'enceinte, et ce à l'exception du personnel pratiquant une activité de soins vitale pour les patients. Des exercices d'évacuation sont fréquemment mis en place pour éviter la panique et désorganisation.

Le camp français reste cependant protégé de cette frénésie du quotidien grâce à une entrée contrôlée au sein de la zone réservée aux patients. Ces derniers peuvent ainsi accéder à un espace de calme favorisant la mise en place des soins. Ainsi, cette enclave, où la Loi fait régulation, permet de s'extraire d'un vécu parfois chaotique du milieu ambiant teinté d'insécurité et d'un sentiment de vulnérabilité.

S'il existe un rythme « imposé » par la vie des réfugiés, le camp français se soutient aussi par ses propres repères, spécifiques à la vie militaire. Le rassemblement du matin, moment où sont rappelés le déroulement de la journée, les éléments de fonctionnement gérant la logistique de la vie du camp, le sens de la mission et la place que chacun y occupe, garantissant l'adhésion et favorisant la cohésion au sein du détachement, etc. – contribue à garantir un cadre et jugule d'éventuels surgissements d'agressivité ou d'angoisse. Cette inscription dans un fonctionnement militaire (hiérarchie, ordre, mission, etc.) ancre les sujets face au désarrimage que peuvent connaître les réfugiés syriens.

#### 2.4. L'importance du travail avec les interprètes

Une des caractéristiques majeures de cette mission est le travail nécessaire avec les interprètes. Ces derniers interviennent notamment pour permettre à l'équipe soignante d'avoir des échanges avec les patients (précision de leur douleur, de leur vécu, etc.), d'élaborer des demandes d'aide et de soutien, mais également de régler les problèmes administratifs. La présence des interprètes garantit la circulation de la parole, médiatise les conflits, et permet de lutter contre le passage à l'acte, en remettant du jeu dans la chaîne des signifiants. Ils permettent de réinjecter des mots, de « suturer » cet espace effracté par le Réel, devenu alors vide de représentations [4,9]. Toutefois, il est important de veiller à l'économie psychique de toutes ces personnes qui interviennent en tant que « traducteurs ». La plupart sont encore étudiants à l'université, d'autres sont d'anciens guides touristiques. Leur parcours ne les a pas préparés à être exposés à l'horreur et à la violence des représentations qui circulent lors des entretiens, aux images d'un corps opéré ou au décès d'un patient.

#### 2.5. La projection d'un binôme psychiatre et psychologue

Ce dispositif, mis en place pour la première fois dans un cadre opérationnel, permet la création d'un lieu d'écoute propice à entendre un récit insoutenable sur les événements traumatiques survenus en Syrie et sur le quotidien compliqué d'un camp avec des conflits majeurs sans possibilités d'échappement (violences physiques, précarité financière, familles éclatées, etc.). Au-delà de l'intercontrôle, cette cellule, à l'instar de ce qui se déroule dans les hôpitaux militaires, favorise une richesse clinique dans l'élaboration des problématiques rencontrées. Elle permet de parler de son propre vécu, de partager des moments difficiles. Rappelons ici que le psychologue, ou le psychiatre, ne peut se lier de manière trop proche avec les membres du détachement, puisque potentiellement tout personnel militaire peut être amené à exprimer une demande d'aide et consulter. Enfin, ce binôme garantit la présence permanente d'un acteur du soin psychique, dans l'éventualité de l'absence de l'un des deux, liée à une maladie ou bien du fait de réunions avec des interlocuteurs du réseau de soins sur le camp.

#### 2.6. Le travail en réseau

Le camp français travaille en collaboration avec de nombreuses organisations humanitaires et l'hôpital militaire marocain installé sur le même site.

Les organisations humanitaires interviennent sur le camp de réfugiés principalement auprès des enfants, notamment dans le but de favoriser la réinscription à l'école (Unicef), ou bien sur un plan social auprès des familles très isolées, en détresse (JiHas).

La présence de l'hôpital militaire marocain favorise les échanges en langue française entre praticiens. En effet, un grand nombre d'entre eux ont reçu une formation spécialisée dans les hôpitaux militaires en France.

Une des perspectives de ce travail de réseau est de fournir progressivement les capacités d'accueil et de prise en charge des besoins médico-psychologiques par ces divers interlocuteurs et de permettre, par conséquent, le désengagement de l'armée française.

### 3. Le soutien psychologique des réfugiés

Sur les plus de 120 000 personnes recensées sur le camp, plus de la moitié sont âgées de moins de 17 ans, et 67 % sont des femmes. La moitié des consultants sont des enfants âgés de 2 à 15 ans.

En ce qui concerne l'activité clinique, les patients peuvent être adressés par le poste médical, l'hôpital militaire marocain, le réseau associatif ou le bouche-à-oreille. Certains patients sont suivis depuis plus d'un an, depuis l'ouverture de l'hôpital militaire français. La majorité des patients sont suivis surtout pour des pathologies psycho-traumatiques aiguës ou différées. Enfin, il existe aussi une consultation de patients dits « chroniques ». Les consultations ont lieu sur rendez-vous, avec une souplesse nécessaire liée aux conditions de vie difficiles sur le camp. Il existe également des possibilités d'hospitalisation.

#### 3.1. Spécificités des prises en charge des enfants

Dans une très grande majorité, la demande initiale de consultation pour les enfants est la prescription de couches, récupérables auprès des associations humanitaires sur le camp. Il est alors très important de pouvoir se décaler de cette demande initiale pour inscrire l'énurésie, primaire ou secondaire, comme un symptôme écran des symptômes du registre traumatique et/ou des symptômes dépressifs. La barrière de la langue a davantage contraint à la mise en place de psychothérapies médiatisées par le dessin ou le jeu. De manière assez spectaculaire, la mise en mots des situations vécues par l'enfant a permis de lever ce symptôme, faisant céder ou réduisant significativement ces troubles qui risquaient de favoriser des phénomènes régressifs. Les dessins effectués initialement montrent des scènes de guerre, de bombardements, voire des personnes mortes ou bien des arbres détruits, métaphores de leurs représentations du vivant. Progressivement, les dessins et les discours se reteint de candeur et de naïveté, récupérant parfois même une capacité à venir représenter l'autre dans des signifiants pacifiés. Cette médiatisation à nouveau possible du rapport à l'autre permet de manière efficiente de renouer avec les espaces sociaux structurants hors de la famille, comme l'école ou l'équivalent des centres de loisirs.

Khaled, un adolescent de 14 ans, a particulièrement affecté le détachement. Arrivé via les urgences, il était blessé à la colonne vertébrale par des éclats d'obus. Son hospitalisation a duré plus de six semaines. Il a été ainsi en lien avec nombre de personnels du détachement, qu'ils appartiennent à la protection du camp, au soutien logistique ou au service de santé. Sa présence sur une longue durée et l'évolution favorable de son état ont fait de lui une « mascotte ». Cet enfant est devenu un symbole de l'engagement de chacun dans cette mission atypique, plaçant les soins à destination des civils comme objectif. Pour autant, il sera presque exclusivement le seul adolescent que nous rencontrerons. Ce qui pose la question de l'accès aux soins de cette population, fragile dans son rapport au passage à l'acte et interrogeant l'évolution de troubles psycho-traumatiques potentiels à long terme [2].

#### 3.2. Spécificités des prises en charge des adultes

La très grande majorité des prises en charge auprès des adultes concernent des patients souffrant de pathologies traumatiques aiguës ou différées en lien avec la guerre en Syrie (bombardements sur des zones d'habitation, tirs de snipers, tortures, viols, visions de

scènes d'horreur, perte d'êtres chers, etc.), mais également de troubles de l'adaptation à la vie sur le camp. La symptomatologie est marquée par un syndrome de répétition traumatique caractérisé (cauchemars traumatiques, flash-backs, hypervigilance, etc.). Ces manifestations sont majorées par un phénomène de grande ampleur alimenté par des processus de fascination morbide. En effet, nombre de réfugiés possèdent sur leurs téléphones des images et des vidéos atroces et insoutenables représentant des corps d'adultes et d'enfants morts, démembrés, ensevelis sous les décombres, ou bien des raids aériens et le chaos qui s'ensuit. Il est important de leur faire prendre conscience de la « toxicité » du visionnage incessant, compulsif, de ces documents, alimentant le traumatisme psychique [7]. Une autre partie des demandes de consultation concerne des patients « chroniques » déjà suivis en Syrie pour des pathologies variées comme des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur, des troubles de la personnalité, des addictions aux benzodiazépines, etc. Trois hospitalisations courtes ont été réalisées dans le cadre de crise suicidaire. Une personne, présentant un tableau de bouffée délirante extrêmement bruyant après avoir échappé aux tirs de snipers lors de son passage de la frontière, a dû être sédatisée après contention avant d'être transférée sur une structure jordanienne permettant une hospitalisation sous contrainte.

#### 4. Soutien du détachement français

Afin de préserver la qualité des soins au sein de l'hôpital français, il reste nécessaire de sensibiliser des personnels militaires, désarmés et sans ennemi, au sens de cette mission atypique en décalage avec les missions militaires classiques et plus aisément objectivables. Le risque d'un surgissement d'agressivité du personnel militaire, qui serait liée à une difficile identification aux statuts d'assiégés et d'exilés des réfugiés syriens, reste en effet sous-jacent. Le détachement français, composé de 80 personnes, est également soumis, dans une moindre mesure, aux difficultés inhérentes à la vie sur un camp fermé avec des restrictions de sortie (pour des raisons sécuritaires). Promiscuité, pas ou peu d'intimité, conditions de vie rustiques (tentes non climatisées, rations alimentaires...), chaleur, poussière, épidémie de gastro-entérite, sont des réalités quotidiennes pour ces hommes et ces femmes qui doivent cohabiter sur un espace de la taille d'un terrain de football, avec des zones de vie et de travail très intriquées. Dans le respect des traditions du pays hôte, l'alcool n'est pas autorisé dans l'enceinte militaire, et par extension à cette inscription culturelle, le jour de repos du détachement est le vendredi, ce qui procure un moment à chacun à distance de sa fonction professionnelle, ménageant ainsi une défense contre un vécu de chosification du sujet. Le conseil au commandement est une mission connexe pour les psychologues et psychiatres des armées au profit des forces.

Ainsi, dans le cadre de cette mission réalisée dans un espace restreint et clos, il est d'autant plus important de favoriser les activités de cohésion (sports, culture, rencontres...), et de rappeler la nécessité de sorties « d'aération » pour les personnels. Les moyens de communication avec le « monde extérieur » sont présents. Télévision, Internet et téléphonie sont accessibles afin que le détachement ne se vive pas comme assiégé, comme coupé

du monde. La création d'un poste d'officier de la condition féminine permet de positionner un référent pour les personnels féminins, rappelant les bonnes mœurs sur le camp. Il est proposé également une écoute particulière lors d'événements potentiellement traumatiques, comme lors du décès d'un jeune enfant après une longue tentative de réanimation. En parallèle de cette écoute, des présentations sur les troubles psychiques en opérations extérieures sont dispensées au personnel lors de temps collectif.

#### 5. Conclusion

En novembre 2013, au terme de cette mission de quinze mois, le Service de Santé des armées a réalisé 38 000 vaccinations auprès d'enfants (contre la rougeole et la poliomyélite), 15 000 consultations médicales, 2000 consultations psychologiques et 350 interventions chirurgicales. En ce qui concerne le fonctionnement de l'antenne médico-psychologique, la présence conjointe d'un psychiatre et d'un psychologue a permis de travailler dans d'excellentes conditions au bénéfice d'une population majoritairement constituée de femmes et d'enfants, particulièrement vulnérables et meurtris par la guerre en Syrie et la violence des conditions de vie sur le camp. Selon une étude de *L'International Medical Corps* (IMC) [6], plus de la moitié des réfugiés présents sur le camp présentent des signes de souffrance psychique, rappelant la nécessité de la présence de psychiatres et de psychologues de l'armée française dans cette mission originale axée sur l'aide humanitaire. Le travail au contact d'organisations humanitaires françaises et internationales permet de promouvoir l'action et le professionnalisme des équipes du service de santé des armées, et favorise la relève des soins, une fois la situation d'urgence dépassée.

#### Déclaration de liens d'intérêts

Les positions exprimées dans cet article ne sont que les points de vue des auteurs et ne doivent pas être considérées comme le point de vue officiel du Service de Santé des Armées français.

#### Références

- [1] Baubet T, Moro MR. Psychopathologie transculturelle. Paris: Masson; 2009.
- [2] Briole G, Lebigot F, Lafont B, et al. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Masson; 1994.
- [3] Coutier D, Mele E. Tsunamis en Asie, décembre 2014 : rôle du psychologue clinicien dans le cadre de l'intervention d'urgence auprès des victimes. In: 17<sup>e</sup> journée de l'Association francophone d'études et de recherche sur les urgences psychiatriques; 2006.
- [4] Crocq L. Persée, la Méduse et l'effroi. *Stress Trauma* 2002;2:133–8.
- [5] De Montleau F, Mèle E, Perrichot C. Accueil et prise en charge psychologique d'une population civile évacuée par voie maritime lors de l'opération « Baliste ». *Med Armees* 2007;35:253–8.
- [6] International Medical Corps. Syria crisis, addressing regional mental health needs and gaps in the context of the Syria crisis. IMC; 2014.
- [7] Lacan J. Le séminaire, livre XI, les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Paris: le Seuil; 1973.
- [8] Lachal L, Asensi H, Moro MR, editors. Cliniques du jeu. Jouer, rêver, soigner ici et ailleurs. La Pensée sauvage; 2008.
- [9] Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques. Paris: Dunod; 2005.
- [10] Moro MR, Moro I, et al. Avicenne l'Andalouse. Devenir psychothérapeute en situation transculturelle. La Pensée sauvage; 2004.