

L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIQUES POUR LES DEMANDEURS D'ASILE : POSITION SOIGNANTE, POSITION CITOYENNE

Francis Maqueda

La Pensée sauvage | « L'Autre »

2005/1 Volume 6 | pages 111 à 123

ISSN 1626-5378

ISBN 9782859192050

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-l-autre-2005-1-page-111.htm>

Pour citer cet article :

Francis Maqueda, « L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile : position soignante, position citoyenne », *L'Autre* 2005/1 (Volume 6), p. 111-123.
DOI 10.3917/lautr.016.0111

Distribution électronique Cairn.info pour La Pensée sauvage.

© La Pensée sauvage. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile : position soignante, position citoyenne

Francis Maqueda*

Comment accueillir la demande de soins psychiques des demandeurs d'asile ? Comment accueillir des personnes qui font état de conflits, de guerre dans leur pays d'origine pour demander l'asile et dont la plainte psychique est en lien avec ces situations ? Question complexe car elle ne relève pas que d'une simple position soignante mais oblige le soignant à être très attentif au contexte et à ne pas se dérober d'une préoccupation citoyenne. L'entrecroisement de ces deux pôles, qui infiltre le transfert et le contre-transfert de la situation de soin, mobilise des discussions, des élaborations au sein de l'association *Appartenances*, qui regroupe des cliniciens et intervenants auprès des demandeurs d'asile. Cette activité soignante engage une clinique qui peut apparaître comme particulière et spécifique.

Je me tiendrai à l'écart d'un discours que je ne partage pas : s'il y a de la guerre, il y a du traumatisme ou plus communément du P.T.S.D. (*post traumatic stress disorder*) ; même s'il est vrai que des attaques intentionnelles produites par des hommes sur d'autres hommes (civils), caractéristiques des conflits modernes (auparavant seules les armées combattaient), ces attaques engagent des effets traumatiques qui semblent couper le temps en deux : un temps d'avant et un temps d'après l'événement traumatique. Il me faut tout de suite préciser que dans cet ordre des choses, l'événement traumatique est confondu avec le trauma qui lui, est un événement psychique. Or, à un même événement traumatique, les personnes ne vont pas réagir de la même manière et la vie de chaque sujet ne commence pas ce jour-là, même si c'est peut-être à partir de ce jour-là que le sujet a infléchi sa vie du côté de l'exil.

Le P.T.S.D. se présente comme l'exportation du traumatisme dans toutes les cultures, il ne décrit que des symptômes effectivement repérables chez des sujets traumatisés et produit de coup de l'idéologie victimologique. Le P.T.S.D. ne prend pas en compte le fait que celui qui a été trau-

* Psychologue clinicien. Président d'*Appartenances Lyon*. Psychothérapeute à Santé Mentale et Communautés. Villeurbanne (France). Membre de la consultation de Médecins du Monde pour les demandeurs d'asile. Chargé d'enseignement à l'Université de Lyon.

maté, qui a connu la mort de près, l'horreur, l'effroi, l'impensable, l'indicible... celui-là, a aussi une histoire. Cette histoire est à la fois singulière et collective; et c'est cette histoire collective que l'on a du mal à entendre si notre écoute est trop arrimée à une orthodoxie de la psyché individuelle. Dans ce cas, un des risques est de psychiser tout de suite, par exemple évacuer l'effroi par un diagnostic et ne pas le recevoir. À l'inverse on ne peut entendre que l'histoire collective, ce qui est la pente des approches psycho-sociales anglo-saxonnes; dans cette conception, le sujet se fait raconter une histoire du traumatisme qui n'est que celle projetée sur le groupe dont il fait partie. Il peut alors reprendre difficilement sa propre histoire, pris dans des programmes de réhabilitation à base communautaire, par exemple.

Dans ces deux extrêmes, le contre-transfert n'est pas travaillé comme porteur de notre position de clinicien, accueillant occidental, appartenant à une partie du monde relativement pacifiée; le risque étant de produire de l'idéologie sur les autres: les indifférenciant, les homogénéisant parce que nous les pensons comme trop différents de nous. Nous les excluons de coup du socle commun civilisateur, ce qui ne fait que répéter la précédente exclusion déclenchée par l'événement traumatique produit intentionnellement.

Position clinique

Passé ce double écueil, l'un du trop de psychisme individuel, l'autre du trop collectif, peut s'engager une clinique (que je qualifie avec d'autres, de passeur) d'une grande exigence professionnelle. On ne peut, en effet, échapper à cette question, en rien romantique, qui demande à chacun de nous, s'il traite ou considère l'autre comme un appareil psychique, ou comme sujet de l'humaine condition. (Bien entendu cette appartenance à l'humaine condition comprend les appartenances communautaires). Fondamentalement, cette exigence invite à créer et maintenir les conditions de l'écoute de la souffrance d'un autre, sans se réduire mutuellement et corrélativement à un statut de victime ou de sauveur, ou à être le support d'une psychopathologie traitée par un spécialiste. Le souci de se maintenir sujet est la condition de tout accompagnement possible de l'expérience traumatique. Or la violence de ces traumatismes, intentionnellement produite par d'autres, porte atteinte à la confiance fondamentale, aux processus de liaison et aux liens intersubjectifs. Cette souffrance invalidante, cette « psychopathologie » générée par la violence produit une rupture dans les échanges sociaux de tout genre et voue à l'isolement, au silence et à la peur, voire à l'effroi. Par définition elle produit une effraction du pare-excitation et entame le pacte narcissique (cf. Piera Aulagnier), où le plus souvent l'utilisation de la cruauté est centrale. En d'autres termes, les sujets traumatisés sont soumis à une entreprise délibérée de destruction de l'enveloppe psychique, par rupture des liens permanents entretenus entre les faits psychiques et les univers référentiels.

L'extrémisme qui caractérise ces situations présente aussi une particularité, celle de mettre en danger tout sujet, d'autant qu'il s'inscrit le plus

souvent dans une stratégie précise de démoralisation des populations agressées. Le fait de vivre dans la crainte d'une agression qui peut viser n'importe qui, à n'importe quel moment, le constat que cette agression a pu provenir d'un voisin, ou d'un membre de la communauté familiale élargie, maintient chacun dans un climat de terreur. Les victimes racontent volontiers que, au moins au début des conflits, l'agresseur n'était pas forcément identifié précisément mais qu'un voisin ou quelqu'un en qui ils avaient confiance s'est brusquement révélé comme agresseur.

Il y a une petite dizaine d'années maintenant, j'ai travaillé auprès de réfugiés du conflit en ex-Yougoslavie. Voici deux situations qui m'ont saisi comme une mise en lumière de la formulation freudienne du « narcissisme des petites différences ».

Karol, un homme de Vukovar, raconte que, dans l'obscurité de l'entrepôt-prison où lui et ses compagnons étaient entassés après le siège puis la prise de la ville, il reconnaît dans le changement de garde la voix de son voisin de palier le plus proche, qui prenait son tour. Au matin, ce dernier lui a asséné plusieurs coups de crosse de fusil sur la tête, parce que Karol faisait état de ce voisinage pour tenter d'obtenir une libération... Ailleurs, des enfants d'un village de Bosnie centrale nous transmettront leur stupeur : celle d'avoir découvert que leur instituteur était le principal meneur d'un groupe d'agresseurs qui organisait, sur la place du village, la déportation de leurs pères (Maqueda 1998 : 38).

Dans ces deux témoignages, on sent bien en quoi les relations de confiance, celles qui s'établissent sur une quotidienneté partagée, ont pu être attaquées puisqu'on ne pouvait même plus s'en prévaloir pour être sauvé. Certains témoignages de femmes qui ont été systématiquement violées, ou d'hommes sur qui ont été commis des abus et des mutilations sexuels dans des camps de détention, révèlent ces mêmes états de stupeur. Ils reconnaissent parfois, dans leurs agresseurs des personnes qu'ils connaissaient auparavant, lesquelles ne s'en cachaient pas d'ailleurs, comme si ces derniers ne pouvaient, à leur tour, les reconnaître qu'en retournant en haine, ce qui pouvait apparaître auparavant comme des relations de simples voisinages.

Plus récemment, une jeune malienne de vingt-cinq ans que je reçois après sa sortie d'un centre de rétention me raconte que dans son village, au Nord de Tombouctou, ses parents sont tués devant elle et son frère par des voisins qu'elle qualifie de « maliens blancs ». Je vais reconstituer avec elle qu'il s'agit de Touaregs sédentarisés et vivant au même titre que les autres dans le village. Cet événement datant d'une dizaine d'années survient lors d'une flambée du conflit entre Touaregs et Maliens, les premiers revendiquant un territoire que les seconds leurs dénie. Toujours est-il que l'un des agresseurs la séquestrera dans sa case plusieurs tentant même de la violer, jusqu'à ce qu'un autre l'aide à s'échapper. Elle entamera alors une errance de plusieurs années (4 ans) qui la conduira d'abord à Bamako, recueillie par une famille qui la maintiendra à l'écart de son sein puisqu'elle porterait le malheur. Elle vivra alors dans la rue et à sa majorité grâce à un enseignant bienveillant, elle réussira à s'envoler vers Paris pour rejoindre une tante maternelle et sa famille. A nouveau elle en est exclue, tant ses terreurs et manifestations post-traumatiques dénotent d'une folie qu'on craint contagieuse. Elle erre de nouveau à Paris puis prend un train pour l'Italie pour rejoindre là aussi une parente maternelle. Sans billet, sans titre de séjour, elle est arrêtée à Lyon puis conduite dans un centre de rétention, mais ses troubles d'allure

psychiatrique (un diagnostic de syndrome de la Tourette lui est attribué) la protège provisoirement d'une reconduite à la frontière. Recueillie par une institution de protection sociale, elle est totalement déliée et son séjour est mis en péril par ses difficultés à établir des relations de confiance. Elle m'est alors adressée et nous entamons un travail d'apprivoisement qu'elle semble protéger puisqu'elle prend soin de me prévenir assez rapidement qu'elle est sujette à des accès de violence et d'injures à l'égard des autres ; violence et injures auxquelles je n'ai pas eu droit jusqu'à maintenant. C'est un travail de mise en mots où je prends soin régulièrement de lui demander de me le traduire en langue « bambara » afin de préserver son appartenance culturelle. Elle s'y prête volontiers, convenus que nous sommes qu'elle me donne ainsi quelque chose...

Cet apprivoisement réciproque, je le retrouve encore d'une autre manière avec un jeune tchetchène dont je pressens qu'il faut bien que j'accepte qu'il me touche physiquement, comme pour mobiliser une sorte de « fraternité discrète » qui le rassure. « Je vais pouvoir venir vous voir », me dira-t-il après cet épisode. Cependant il a du mal à venir sinon accompagné par une éducatrice du centre où il est hébergé.

Blandine Bruyère (membre d'*Appartenances*) note avec justesse que « l'obstacle le plus important (de la rencontre thérapeutique) est, sans doute, constitué par la grande méfiance quant à une situation de relation duelle, d'intimité. Cette méfiance singulière est consécutive au vécu dans la relation bourreau/victime. Chaque face à face peut être ressenti comme une confrontation, un interrogatoire » (Bruyère 2004 : 41).

On sent bien dans ces conditions qu'il s'agit de partager la situation traumatogène sans pour autant se tenir défensivement à distance. Comment rechercher la meilleure position psychique, d'identification et de retrait, c'est-à-dire de différenciation de sa propre subjectivité ? En effet, si celle-ci n'est pas celle de l'autre, elle devient alors partageable. Reste alors qu'il faut travailler à la contrepartie de l'effet traumatique chez les soignants, tant les contenus douloureux, persécuteurs et idéalisés qui sont « déposés-projetés » chez eux, peuvent rendre difficile, voire insupportable le travail d'écoute et de soutien. Comment recevoir, accompagner, resymboliser, co-élaborer l'éprouvé traumatique. Comment ne pas en désapproprier l'autre ? Comment faire face à ce réel sidérant qui s'impose, à tel point qu'il arrive à faire penser que les personnes traumatisées sont sous influence ? A cet égard, la question de la position du clinicien se pose au regard de cette influence, tant il peut être aussi identifié par le sujet traumatisé comme un agresseur potentiel si cette position est vécue comme « un faire dire ». Il faut bien se représenter que le simple fait de poser des questions, ou même d'interpréter, peut être vécu comme une forme de manipulation mentale propre à l'agresseur. Il faut donc se garder de forcer à parler...

Des relations d'alliance sont alors à rechercher hors de l'excessive compassion ou de l'empathie manichéenne pour faire vivre un début de resolidarisation citoyenne qui permettra au sujet traumatisé de percevoir que le thérapeute partage, à la fois quelque chose de la situation traumatogène et une opinion commune sur l'intentionnalité de l'agresseur. Ceci peut lui permettre de vérifier que tout n'a pas été atteint par la logique de l'effraction traumatique et qu'il peut, en tant que sujet, se relier à un autre

sujet semblable et différent, sans que tous et tout soient soumis à l'identification à la théorie du persécuteur.

Aussi, du côté du clinicien, est-il important de relier ces situations traumatiques aux événements d'ordre collectif qui les ont produites, aux causes sociales et politiques, aux phénomènes de déviance ou de perte de normes dont elles ont été issues. L'intérêt d'une telle position qui doit être prudemment maniée est de remobiliser dans un premier temps chez le sujet traumatisé, une sorte de violence féconde qui s'appuie sur le principe vital ; et dans un deuxième temps de vérifier que sa propre violence peut s'exprimer sans pour autant qu'elle détruise le thérapeute. Un tel dispositif implique évidemment un réaménagement de la pratique clinique habituelle : le thérapeute n'est plus tout à fait en position d'amener le patient à subjectiver une expérience non intégrée, il lui faut penser aussi avec ce dernier la manière dont il a été pensé et agi par son agresseur. Nous sommes alors bien néanmoins centrés sur une pratique et une théorie de soin qui s'appuient sur l'interaction. La difficulté de cette approche est patente et nécessite évidemment un cadre pour la penser et des tiers pour l'élaborer, ne serait-ce que pour contenir les dépôts psychiques douloureux placés chez les thérapeutes. J'ajoute que cette pratique de thérapeute est très proche d'une vraie position de témoin.

Cette clinique particulière, c'est une clinique qui se présente souvent au début comme une clinique du récit ne serait-ce que parce que le récit précède et engage la demande d'asile. Travail du récit donc qui, à condition de maintenir l'écart de non-immédiateté de la communication et une certaine opacité constitutive et résiduelle de l'autre, permet que se dévoile un sens possible de la situation traumatique.

Cependant, une des particularités du trauma est qu'il va rejoindre dans le psychisme l'originaire du sujet et fait resurgir éventuellement les angoisses d'anéantissement, de morcellement, d'effondrement.

C'est dire que les enveloppes psychiques et psycho-sociales primaires peuvent être démantelées, les limites entre soi et les autres, entre le dedans et le dehors, peuvent être perforées, comme peut être entamée voire détruite l'efficacité symbolique. On voit bien là les risques d'épisodes psychotiques, dans la dépersonnalisation, dans la désintrinsication des images du corps, dans les sensations d'étrangeté, dans la sidération de la mémoire et encore une fois dans les effets anti-symboliques, où le corps seul devient le lien de représentations pathogènes à travers les multiples plaintes somatiques. Le corps fait signe à défaut de faire sens... prend valeur de rappel traumatique. René Kaës souligne que ces situations réactivent des mouvements psychiques proches de ceux décrits devant l'inconnu par Spitz dans « l'angoisse du huitième mois », où le visage de l'étranger est signe de l'absence de la mère. « Nous pouvons faire a minima une expérience proche de la dépersonnalisation... le recours à la symbolisation somatique trouve ici son occasion : le corps devient l'ultime recours pour faire signe, au lieu de faire sens. De telles situations prennent valeur de rappel traumatique... nous sommes effrayés par des objets

bizarres à forte valeur effractive » (Kaës 1987 : 19). Dans ces conditions on comprendra que la fonction clinique peut prendre valeur d'enveloppe psychique, le clinicien devenant porte parole du holding (portage psychique) et du *handling* (portage corporel).

Position citoyenne

A son arrivée sur le territoire français le sujet en exil, demandeur d'asile, est le plus souvent accueilli dans des lieux collectifs d'hébergement (CADA par exemple : Centre d'accueil des demandeurs d'asile) où dans le meilleur des cas un travail de re-socialisation, de remise en liens peut s'effectuer. Ce travail nécessaire au demeurant bute assez souvent sur les particularités culturelles, sur l'auto-protection que le groupe familial ou le groupe d'appartenance opère, par peur de la contamination ou par défense contre l'agression que peuvent constituer les procédures de demande d'asile. La souffrance psychique peut y être difficilement traitée au risque d'entretenir la confusion entre un espace d'hébergement et un espace de soins. Au pire, elle peut être entendue comme polluant l'accès à l'asile, ou comme l'expression d'une trop grande différence teintée d'étrangeté. Il peut y avoir en outre un effet « caisse de résonance » due à une trop grande promiscuité des familles et des groupes, ou à l'inverse une banalisation dans l'équivalence idéologique qui s'établirait entre étranger et « traumatisé fou ». Or la parole, voire les actes, de tout sujet méritent d'être entendus comme aussi l'expression d'un conflit entre un « moi d'ailleurs » et un « moi d'ici » en construction, d'être compris comme l'expression d'un travail de deuil qui s'amorce. A cet égard des sentiments de persécution ne sont pas nécessairement l'expression d'une pathologie paranoïaque, ni la tristesse ou même une certaine discrétion relationnelle comme celle d'une dépression mélancolique.

Il y a donc une nécessité d'offrir des lieux d'écoute séparés des lieux d'hébergement, des cadres physiques et psychiques sécurisants à fonction contenante où les sujets peuvent s'exprimer aussi dans leur langue maternelle, avec des interprètes, dans une relation de confiance. Quand cette relation fonctionne bien, elle introduit un mouvement positif d'objectalisation, dans cette parole adressée pour un autre (le thérapeute) à un même (l'interprète).

Sandrine Denis, une collègue psychologue de l'association *Appartenances*, détaille cette relation de la manière suivante : « La prise en charge des migrants nécessite parfois un aménagement de notre dispositif de travail. Je pense, en particulier, aux difficultés de communication liées à l'absence de langue commune. L'introduction d'un interprète, d'un tiers donc, s'avère alors primordial mais n'est pas sans poser question. Le travail avec les interprètes permet d'accueillir la différence et de construire, au fil des entretiens, une culture commune. La présence de l'interprète permet d'apaiser les fantasmes d'empiètement, d'englobement d'une culture par l'autre. L'interprète est un espace transitionnel, à la fois pour le migrant et pour le soignant. Il symbolise le semblable et le différent pour chacun d'eux. Il occupe une position de médiateur culturel

éclairant les sous-entendus, les implicites contenus dans toute culture. Il inscrit une parole singulière, porteuse de l'histoire particulière d'un individu, dans un arrière-fond groupal. L'interprète symbolise l'aménagement possible entre deux contextes : culturel mais aussi temporel, entre un avant et un après. Il représente le tissage culturel, permettant de s'adapter sans être tout à fait autre » (Denis 2004 : 34).

Dans ce cadre, j'ajouterai cependant que si la fonction clinique passe aussi par la prise en compte du contexte culturel de la personne, elle doit être attentive aux représentations de la maladie et du soin et prendre en compte aussi les liens historiques existants entre le pays d'origine et le pays d'accueil. C'est là qu'il nous faut replacer l'accès aux soins psychiques des demandeurs d'asile (des sujets migrants plus généralement) dans un contexte plus global. Ce contexte pèse incontestablement sur le devenir de ces personnes.

En effet, l'ouverture de l'Europe à des flux migratoires considérables, en provenance des pays pauvres, des ex-colonies, voire des ex-zones d'influence ou de domination (Proche et Moyen-Orient, Sud-Est asiatique) ou, avec l'élargissement de l'Union européenne, de l'Europe orientale, vers les pays riches, met de plus en plus en évidence l'absence de véritable politique d'immigration dans la majorité des pays ouest-européens, d'où les graves crises politiques qui secouent nos sociétés. Remarquons simplement que le premier tour de l'élection présidentielle de mai 2002 où l'insécurité a été massivement reliée à l'immigration a servi de prétexte à un vote réductionniste. Les politiques d'asile ont de ce fait été considérablement transformées dans un sens restrictif.

Pendant ce temps, concernant l'immigration, le déficit conceptuel de notre modèle démocratique se creuse ; peu est élaboré par exemple pour penser une autre façon d'accueillir des populations qui ne peuvent pas forcément, ou ne veulent pas, renoncer à leurs identités et s'assimiler voire à s'intégrer comme l'ont fait certaines vagues antérieures d'immigration. En tentant de rester dans le pays d'accueil, elles ont un effet profond qui peut être paradoxal sur lui. Elles véhiculent avec elles un modèle social particulier qui était, si on tient compte de l'histoire, celui par exemple de la société coloniale où l'inégalité sociale était surdéterminée en inégalité ethnique. De ce fait l'identification ethnique est forte ; il n'en reste pas moins que l'immigration nouvelle doit être pensée autant comme une réalité individuelle, qu'une réalité collective.

Cela veut dire que les politiques d'accueil, voire d'assimilation doivent porter la dimension, la reconnaissance des identités bafouées et humiliées. Dans ce sens, les notions d'identité culturelle, de différenciation et de reconnaissance sont essentielles. Elles ouvrent, si on les entend, à l'idée de citoyenneté multiculturelle et à une politique de reconnaissance, qui dépasse l'assimilation.

Nous concevons bien que la voie est étroite. En effet, si à l'exclusion il faut répondre par plus de justice, de droits, de sécurité, d'intégration avec une politique plus égalitaire, comment moduler l'égalitarisme pour qu'il

ne devienne pas uniformisant et qu'il tienne compte de l'identité culturelle, la reconnaissance de cette dernière entraînant la différenciation. Dans Paix et proximité, Levinas essayait de penser la différence dans l'égalité : « Il est nécessaire de se demander... si l'altérité n'a pas un caractère d'absolu... si la paix alors, au lieu d'être le résultat d'une absorption ou d'une disparition de l'altérité, ne serait pas au contraire le mode fraternel d'une proximité à autrui. » (Lévinas 1984).

On ne peut mieux formuler la citoyenneté multiculturelle et son corollaire : comment créer paix et solidarité dans une *polis* fracturée entre des allégeances divisées, des identités fragmentées, là où la peur de l'autre est un obstacle à la recherche de l'intégration. Au-delà des volontés politiques, financières, institutionnelles, cette reconnaissance de responsabilité vis-à-vis de l'autre, de l'étranger, de l'immigré ne peut se faire sans la penser comme constitutive de notre propre humanité.

Il ne suffit pas cependant de penser l'humanité comme commune, les modalités actuelles d'uniformisation, d'homogénéisation pouvant aller dans ce sens, alors même qu'elles servent à protéger d'angoisses archaïques de différenciation et de séparation, sinon à attaquer les liens du monde social en le parcellisant au bénéfice d'une organisation marchande globalisante. Non, il faut penser au contraire à aménager des dispositifs d'échanges, à construire l'altérité, et s'interroger sur les processus d'identification/désidentification qui permettent autant l'accueil territorial, que l'accueil psychique. Une perspective historique rend les choses encore plus compliquées. On peut se demander en effet si globalement, dans les configurations actuelles des mouvements d'immigration, les pays d'accueil ne sont pas ceux qui furent impliqués soit directement, soit indirectement par bénéfices secondaires, dans les processus de destructivité des pays d'origine. Je ferai l'hypothèse que cette incidence pèse et qu'il y a dans la violence prêtée aux étrangers (même si elle est parfois réelle) comme un retour de la violence et de l'humiliation infligées là-bas, aussi bien dans des générations présentes que dans les précédentes ; et infligées ici, dans la mise en chômage et en assistance de populations massivement importées pour développer l'industrie de nos pays. En d'autres termes, comment se faire une place dans les pays d'accueil, d'une génération à l'autre au prix d'une construction psychique fictivement clivée qui protégerait des scandales de l'histoire, ceux qu'on voudrait passer sous silence.

Ainsi du point de vue du thérapeute du sujet migrant, confronté à sa souffrance psychique, comment peut-il partager quelque chose du sentiment d'exclusion sans se poser la question de ce qui est passé sous silence en sachant que sous le silence, il y a de la violence ?

Les migrations ont été un événement psychique et un événement culturel. Je souscris totalement à la distinction que fait René Kaës quand il distingue les étrangers ayant maintenu leurs mutuelles différences et ceux s'étant abandonnés à la confusion : « Il y a deux sortes d'étrangers ; ceux auxquels la culture, un code, un ordre symbolique est reconnu. Un prin-

cipe, une origine commune les tiennent ensemble dans leurs différences ; ceux-là ne sont pas dans la confusion. Les autres sont hors de cet ordre, dans l'incohérence, dans l'infra humain, dans l'abandon et la dérélition » (Kaës 2004 : 23).

Reste que pour tout étranger, assez mal accueilli par les temps qui courent, qui cherche à démontrer son appartenance à un monde qui l'exclut, qui peut chercher tant bien que mal avec opportunisme parfois, à dévoiler ce silence ; comment peut-il se faire reconnaître une spécificité dans un monde qui tend à nier les différences ? En d'autres termes, pour autant que la souffrance d'un autre étranger est difficile à partager, il faut au moins trouver des espaces symboliques dans le champ social, espaces forcément réducteurs et inadéquats, mais vecteurs cependant de repères identifiants. Ces espaces vont se déployer sur des fantasmes transférentiels et contre-transférentiels qui peuvent lier l'accueilli et l'accueillant, même si une certaine inadéquation peut se faire entendre entre les représentations du monde de l'accueilli et celui de l'accueillant. Cette inadéquation a probablement quelque chose à voir avec l'inquiétante étrangeté qui déstabilise le familier, qui représente l'hétérogénéité et qui peut établir des ponts de passage entre les altérités. Entendre le trauma du sujet et celui de son groupe d'affiliation est une expérience qui détruit notre rationalité. En ce sens, je suis assez d'accord avec Françoise Sironi sur le point qu'il faut accepter d'être déconstruit ou que nos théories soient déconstruites. Primo Levi dans *Si c'est un homme*, notait la chose suivante : « Un homme épuisé, nu, sans chaussure, pense et sent différemment. Et c'est un homme qui défie notre impuissance et nous identifie à son mode de penser et de sentir » (Levi 1990 : 167).

Essayons de prendre cette phrase de Primo Levi comme une métaphore d'un événement qui serait inassimilable par l'accueillant mais aussi comme quelque chose d'injecté du dehors dans le dedans. Devant de telles expériences, nous savons que dans la clinique, nous pouvons nous défendre en utilisant des outils de pensée privilégiés, ceux qui protègent notre libre exercice dans notre monde que nous pensons comme non exterminable ou ce qui maintient en nous l'illusion de notre invulnérabilité ; à moins de considérer cette clinique particulière comme un exercice de passeur qui noue le monde exterminable au monde non exterminable comme si l'un et l'autre se dévoilaient. Même appartenance, ou double appartenance qui peut promouvoir cependant une co-construction, une reconnaissance commune de cette part d'humanité qui s'oppose à la violence des destructions impérialistes ou des réductions intégristes ou communautaires. Il s'agit ni plus ni moins de re-habiter le monde, ce qui n'est pas son monde (celui de l'exilé), ni le mien, mais un monde qui recueille la culture de l'un et de l'autre. L'histoire de la transmission chez les héritiers de la deuxième et troisième génération, est réussie quand elle s'étaye sur une alliance exogamique avec des identifications du pays d'accueil et qu'inversement, la culture du pays d'accueil recueille celle de l'Autre.

Citoyenneté multi-culturelle donc, où les cultures sont cultivées

comme organisatrices, et non opposées diamétralement, ce qui dans ce cas attaque la continuité.

Je ferai l'hypothèse que le devenir de l'exilé, de l'immigré est conditionné par la manière dont il se positionne par rapport à son nouveau monde; cette position va osciller entre en faire partie intégrante, le rejeter ou être quelque part égaré entre ces deux situations. Si la migration n'est pas une maladie, il n'en reste pas moins que cette clinique particulière du migrant souffrant va être une clinique de la liaison/déliation, à condition d'être attentif à la dépression (d'exil) qui peut engendrer une tension génératrice d'angoisse pouvant être tout autant pathogène que féconde mais en cela peu différente de tout processus de séparation... avec ceci de particulier que peut s'opposer un « moi ancien », celui de l'origine, avec un « moi ailleurs », celui de cet ici du pays d'accueil.

Dans ce sens, l'attention portée au sujet montre que l'exil reste avant tout subjectif : il y aurait autant d'expériences d'exil que d'exilés et cette attention peut être fondatrice de la possibilité de revivre. Cependant, c'est de la qualité du lien avec la culture du « moi ancien » que va dépendre « la survivance » d'une instance groupale pouvant re-assurer le narcissisme. Janine Altounian dont la réflexion soutient le fil de ces dernières lignes, en parle comme d'« une mise en place dans la réciprocité pour reconstruire sur pilotis les bases précaires d'une vie possible, parmi les normalement vivants du monde où les exilés ont échoué » (Altounian 2000:1).

Ce va et vient entre le groupe d'origine et celui de l'accueil peut créer une re-symbolisation qui protégerait de l'effondrement du lien social, ce risque qui court dans les expériences de migrations.

Notre place est probablement par-là, passeur, interprète de ce processus de re-symbolisation en se gardant de trop de fascination pour la culture de l'autre, ce qui la mettrait du côté du « paradis perdu » mais en ouvrant en nous un espace de réception à l'étrangement familier (le nôtre, le leur?) c'est-à-dire faire médiation pour re-symboliser (pour reprendre ce qu'écrit René Kaës dans sa postface à Janine Altounian). A cette condition peut se concevoir un travail de groupe, qui pourrait mettre en jeu des références culturelles, jouer avec les cultures dans un espace d'accueil, comme peuvent le mobiliser nos collègues d'*Appartenances-Lausanne*, par exemple.

Reste qu'il faut être attentif au sujet, pour soutenir son travail de subjectivation et de re-appropriation de son expérience et ouvrir à des alliances avec la culture d'accueil dans une réciprocité, avec des groupes éventuellement, pour faire vivre l'intersubjectivité en se gardant de la communautariser.

Je crois pour finir, qu'il nous faut aussi être attentif à un travail de passeur dans notre propre intériorité. Passage entre deux tendances qui s'affrontent en nous, deux tendances contradictoires qui nous habitent sans cesse, pour peu qu'on y soit sensible ou qu'on leur prête une place.

L'une, celle du propre, du familier, du proche, de l'intime, du natal.

Et l'autre, celle de l'autre, de l'altérité, du lointain, de l'étrange, de la traduction, du nomadisme... Pour reprendre ce qu'écrit Gomez Mango dans *La place des Mères* : « Le récit de l'exil est souvent en lui-même une errance ; et la pensée qui pense l'exil est elle-même exilée » (Gomez Mango 1999 : 64).

A ce moment-là, l'expérience de la reconnaissance de l'un par l'autre, de soi par l'autre, de l'autre par soi et de l'altérité en soi est engagée. Cet engagement est au centre du travail thérapeutique en général et avec les exilés en particulier. Il vise à ce que persistent les conditions d'une vie psychique permettant de continuer à se penser humain...

Conclusion

Cependant une interrogation se pose toujours : comment faire la part chez le sujet en situation migratoire entre l'éventuelle souffrance psychique induite par une errance dépersonnalisante, et ce qui ressort des effets de rupture, de la rencontre avec des sociétés post-modernes qui produisent un universalisme uniformisé (masque de l'ethnocentrisme occidental) ? Dans le même temps, un certain engouement pour les particularismes communautaires, parce qu'ils peuvent représenter une aide par rapport aux phénomènes d'errance peut se révéler comme un obstacle. L'enjeu clinique du travail psychothérapeutique reste le travail d'individualisation et l'accès à l'altérité. Claude Lévi-Strauss soutenait que la diversité culturelle était la condition du développement de l'humanité. En termes actuels, il faudrait pouvoir penser à la fois différenciation et métissage. Cependant, un des enjeux du travail clinique reste de savoir préserver la possible reconstruction du sujet, ou proposer au sujet un lieu d'être dans un rapport à l'autre... Ceci suppose-t-il l'invention de dispositifs pratiques ? Pas forcément, sinon en laissant cours à une certaine générosité, une espèce de supplément d'âme dont nous avons besoin aujourd'hui, pour faire vivre des pratiques théoriques, cliniques et sociales de l'interculturel... comme des manières qu'auraient des hommes et des femmes de cultures différentes de s'opposer, et d'échanger, mais de changer aussi par le processus où ils se reconnaissent au lieu de se détruire ou s'ignorer. Cela suppose de réhabiter le monde, non pas comme un « chez soi », point d'orgue de la philosophie hégélienne, mais comme une sorte de « chez nous ».

BIBLIOGRAPHIE

- Altounian J. *La survivance. Traduire le trauma collectif*. Paris : Dunod ; 2000.
- Bruyère B. Le demandeur d'asile : objet du tortionnaire, sujet du travail psychothérapeutique. In *Le journal des psychologues*. Dossier « Aux frontières de la différence culturelle ». 2004 ; 217 (Mai) : 41-43
- Denis S. Réfugié, psychologue, interprète. Spécificité d'un dialogue à trois. In *Le Journal des psychologues*. Dossier « Aux frontières de la différence culturelle ». 2004 ; 217 (Mai) : 33-34.
- Kaës R. La troisième différence. L'espace imaginaire des groupes. Culture, psy-

- chanalyse, éthologie. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 1987 (9-10) : 15-28 Toulouse Erès.
- Gomez Mango E. *La place des Mères. Connaissance de l'Inconscient*. Paris : Gallimard ; 1999.
- Lévinas E. *Paix et proximité*. Les cahiers de la nuit surveillée. Paris : Verdier ; 1984.
- Levi P. 1987. *Si c'est un homme*. Paris Julliard (Pocket n°3117) 1990.
- Maqueda F. *Carnets d'un psy dans l'humanitaire. Paysages de l'autre*. Toulouse : Erès ; 1998.

RÉSUMÉ

L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile : position soignante, position citoyenne

Les caractéristiques de nos guerres modernes, dans l'offensive privilégiée qu'elles engagent contre les populations civiles, font qu'elles produisent massivement des attaques des liens intersubjectifs, intrasubjectifs et sociaux.

Curieusement l'économisme à tout crin, dans sa version néo-libérale produit à peu près les mêmes effets et délie l'individu de son ancrage dans la collectivité. Du coup l'individualisme est valorisé au détriment d'une relation avec ce qui devrait constituer le socle civilisateur commun, la victimologie et son pendant psychiatrique le P.T.S.D fleurissent sur ce champ. Ils proposent des approches non contextualisées de problématiques mises en souffrance par les guerres génocidaires, les attaques ethniques et les situations d'exils ou de refuges qui en découlent. À cet égard la question de la cruauté doit être pensée comme intentionnellement produite par des humains sur d'autres humains.

Dans ces conditions la position du soignant en santé mentale sera interrogée en lien avec une position citoyenne.

Mots-clefs :

Trauma, narcissisme, différenciation, alliance, témoin, identité culturelle, citoyenneté multiculturelle, altérité.

ABSTRACT

The access to mental health cares for asylum seekers : as a caretaker, as a citizen.

Modern wars targeting civilian populations thoroughly subvert intersubjective, intrasubjective and social links. Neo-liberal economic theories and practices have the same effects and uproot individuals. Individualism is valued to the detriment of the relinking with the common civilization base.

Victimology and its psychiatric equivalent PTSD. flourish on this ground. They sign non-contextualized approaches that genocidal wars and ethnic attacks induce suffering, as well as exile or refugee situations caused by them. In this regard cruelty must be thought as intentionally produced by human beings on other human beings. Under these conditions the position of the caretaker will be questioned with regards to his or her position as a citizen.

Key-words :

Trauma, narcissism, differentiation, alliance, witness, cultural identity, multicultural citizenship, alterity.

RESUMEN

El acceso a los cuidados psicológicos : posición de médico, posición de ciudadano

La característica de las guerras modernas, en las cuales se privilegia la ofensiva contra las

poblaciones civiles, es de subvertir los lazos intersubjetivos, intrasubjetivos y sociales. Las teorías y prácticas de la economía neoliberal producen curiosamente los mismos efectos o arrancan al individuo de su anclaje en la colectividad. El individualismo se valoriza en detrimento del reanudar lazos con lo que debería constituir una base de civilización común. La victimología y su equivalente psiquiátrico, el P.T.S.D., florecen en este terreno o proponen interpretaciones fuera de contexto de problemáticas cuestionadas por las guerras genocidas, los ataques étnicos y las situaciones de exilio o de refugio que ellas producen. En esta óptica, la crueldad debe ser pensada como intencionalmente producida por seres humanos sobre otros seres humanos. En estas condiciones la posición del clínico en salud mental debe ser interrogada en relación con la posición ciudadana.

Palabras claves :

Trauma, narcisismo, diferenciación, alianza, testigo, identidad cultural, ciudadanía multicultural, alteridad.