

## IMMIGRATION ET REJET SOCIAL : LES CENTRES DE RÉTENTION POUR IMMIGRÉS EN ITALIE

Davide Bruno

La Pensée sauvage | « L'Autre »

2008/2 Volume. 9 | pages 217 à 227

ISSN 1626-5378

ISBN 9782-859192426

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/revue-l-autre-2008-2-page-217.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Davide Bruno, « Immigration et rejet social : les centres de rétention pour immigrés en Italie », *L'Autre* 2008/2 (Volume. 9), p. 217-227.  
DOI 10.3917/lautr.026.0217  
-----

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.

# Immigration et rejet social :

## les centres de rétention pour immigrés en Italie

Davide Bruno\*

Ce travail propose d'analyser la dynamique institutionnelle des centres de rétention pour immigrés et ses interactions avec l'extérieur, avec l'objectif de s'interroger sur la fonction de ce lieu dans la société.

En Italie, l'accès aux centres est très difficile pour tout individu extérieur (ce qui empêche un « travail de terrain »). Jusqu'à présent, les écrits concernant ce lieu sont rares, en particulier ceux abordant les aspects socio-sanitaires. Mon regard de psychiatre est particulièrement axé sur ce dernier point.

On peut alors essayer, pour avoir une représentation de ce lieu qui aide notre réflexion, d'établir une comparaison avec des institutions qui ont des caractéristiques analogues et qu'on connaît bien grâce à des études spécifiques qui ont été menées sur ces endroits.

Cette analyse se déroulera en partant d'une visite dans un centre de rétention italien (CPTA: *Centro di Permanenza Temporanea ed Assistenza*)<sup>1</sup> et d'une prise en compte des documents recueillis : articles, rapports, loi et livres, qui ont été écrits à ce sujet.

Étant donné qu'il n'existe pas, jusqu'à présent, de savoir univoque et partagé par la communauté psychiatrique internationale, ni sur la définition de trouble psychiatrique, ni sur les causes et le traitement, j'utiliserai ici d'un côté les concepts de l'ethnopsychanalyse pour décrire et interpréter les aspects de la souffrance mentale liés à la migration. De même, je m'appuierai sur les théories sur les institutions fermées pour décrire les aspects de la souffrance psychique liés aux conditions environnementales, en particulier, celles qui ont abouti, en Italie, à l'abolition des asiles en 1978.

### Considérations théoriques

Les centres de rétention pour les immigrés ont été introduits en Italie par l'article 12 de la loi 40/1998, ensuite partiellement modifiée par la loi 189/2002 qui est appliquée aujourd'hui sous le nom de « Loi Bossi-

---

\* Psychiatre, Laboratorio di Psichiatria, Cultura e Ambiente, Università degli Studi di Pavia, Via Bassi, 21- 27100 Pavia (Italie), sbrugno@hotmail.com

1. Centre de Permanence Temporaire et d'Assistance.

Fini». Dans les CPTA, sont placés les étrangers en situation irrégulière selon les lois italiennes sur l'immigration. Cela concerne en particulier les personnes dont l'expulsion a été prononcée, qui en attendent l'exécution, ainsi que celles qui ne sont pas en possession de documents d'identité et doivent être identifiées<sup>2</sup>.

### **Position géographique et exclusion**

Le centre de rétention que j'ai eu l'occasion de visiter se trouve, comme la plupart des CPTA, à l'extrême périphérie d'une grande ville italienne<sup>3</sup>. Il est très difficile d'y arriver car aucun moyen de transport public n'y conduit. Sa position particulière, loin de la communauté urbaine, m'a fait penser à la position excentrée qu'occupent les prisons et les asiles pour les « fous » dans nos villes. Mais aussi à celle des cimetières occidentaux, comme s'il y avait une relation entre être à l'intérieur ou en dehors, mort physique et mort mentale.

Quelles que soient les raisons pour lesquelles ces lieux sont loin de la ville et de sa communauté, on peut affirmer que ce qui se produit en fin de compte est l'exclusion de ceux qui y habitent et l'impossibilité des échanges entre eux et le reste de la société.

Quand une société partage la même culture, l'exclusion d'une certaine catégorie d'individus de l'espace social signifie aussi leur exclusion de l'espace culturel : la société peut ainsi récupérer une certaine homogénéité, en rejetant à l'extérieur les aspects dissemblables.

La psychiatrie en pensant l'asile a fondé un espace, coupé du reste de la culture, où vont se situer les aspects conflictuels et désagrégeant, émergeant de la culture même et incarnés par le malade. Ce qui est considéré comme non-culture, perte de sens et de lien est renfermé dans un lieu difficilement accessible et confié aux médecins et aux infirmières.

Si on a l'expérience des asiles, on peut facilement comprendre qu'à l'intérieur d'une institution il peut y avoir une exclusion ultérieure des patients, en les mettant loin des lieux d'échanges, dans des scotomes de l'espace où personne (même pas les soignants) ne veut aller car le risque d'identification au « fou » est élevé et menaçant (Petrella 1979).

Parallèlement, on peut penser que le centre de rétention est un lieu d'exclusion sociale établi pour se protéger de l'autre, pour ne pas se confronter à l'altérité d'une culture différente, voire à sa propre altérité.

Les flux de migrants sont rigidement contrôlés en Europe et seulement une petite partie des migrants y sont accueillis : un accueil « à petites doses » qui est justifié, au niveau politique, comme le seul soutenable pour les ressources économiques disponibles, mais aussi, peut-être, pour que la

---

2. En Italie existent au moins onze CPTA dans les villes d'Agrigento, Trapani, Caltanissetta, Lamezia Terme, Brindisi, Lecce, Rome, Modène, Milan et Turin. On considère également comme faisant partie des CPTA des centres d'identification comme celui de Otranto, Foggia, Bari, Crotone et Lampedusa.

3. Voir l'annexe à la fin de l'article.

société ne se sente pas trop menacée. Cela ressort par exemple du fait que le nombre de personnes reçues diffère plus en fonction des choix politiques qu'en fonction du calcul des ressources effectivement disponibles (Ngugen 2003).

### **Description de la visite et aspects de gestion du centre**

Le CPTA que j'ai visité est géré par la police et par la Croix-Rouge italienne, pour ce qui concerne les aspects sanitaires. Les aspects de souffrance psychologique sont pris en charge par une psychologue clinicienne et par deux médecins généralistes qui s'occupent surtout de la chimiothérapie. Quand la souffrance devient importante, les patients sont conduits aux urgences de l'hôpital de référence et, si nécessaire, l'hospitalisation est faite dans le service de psychiatrie du même hôpital.

À mon arrivée, j'ai été accueilli par le directeur de la Croix-Rouge qui m'a expliqué le fonctionnement du centre, les aspects législatifs et ceux liés à la gestion des immigrés : les hommes sont séparés des femmes et les enfants sont confiés temporairement à des familles d'accueil. Le titre de séjour est seulement accordé aux enfants de moins de six mois et à leur famille.

Le discours est très technique, ainsi que celui des médecins qui m'ont été présentés plus tard et qui ont eu tendance à énumérer et décrire les maladies somatiques des patients du centre. Sur le moment, je me suis mis dans cette logique et j'ai essayé de me rappeler les notions de médecine pour leur répondre dans cette conversation « entre confrères ».

C'est seulement plus tard que j'ai réfléchi au fait que la séparation imposée par la loi à l'arrivée dans le centre de rétention devait être traumatique, aussi bien pour les enfants que pour le reste de la famille, d'autant plus que, souvent, les immigrés sont dans une position d'impuissance vis-à-vis d'une situation qu'ils ne peuvent pas maîtriser et dont ils ne connaissent pas le déroulement possible.

### **Migration et trauma**

La migration, où l'individu laisse derrière lui des affections et une culture connue pour un monde différent, est ainsi une expérience soumise à l'action de plusieurs potentialités traumatiques. Tobie Nathan (1987) propose de distinguer au moins trois dimensions du traumatisme migratoire :

- Le traumatisme classiquement décrit par la théorie psychanalytique et qui peut se définir comme un soudain afflux pulsionnel non-élaborable et non-susceptible d'être refoulé du fait de l'absence d'angoisse au moment de sa survenue ;
- Le traumatisme « intellectuel » dont l'exemple a été fourni par Bateson (théorie du « double bind ») ;
- Le traumatisme dû à la rupture de l'homologie entre le cadre culturel

externe et le cadre culturel intériorisé : ces patients se trouvent soudainement confrontés à un monde qui ne peut pas être appréhendé par les modes de pensée qu'ils utilisaient avant, ils sont ainsi dans une sorte de sidération face à une réalité différente et impensable.

Les récits des migrants décrivent souvent des expériences très difficiles : une journaliste, qui a travaillé comme médiatrice de la Croix-Rouge dans la zone d'attente de Roissy, écrit à plusieurs reprises avoir été « traumatisée » par les histoires des « maintenus ». Comme d'autres professionnels qui travaillent dans ce contexte, elle affirme : « Confrontés dans le cadre de leur fonction à des situations humainement très difficiles, ils souhaitent participer à des groupes de parole afin de se libérer de leur stress » (De Loisy 2005 : 147).

La communication entre patient et soignant, déjà difficile à cause du contenu traumatique du récit, est ultérieurement compliquée par le fait que les patients étrangers sont porteurs d'autres logiques, culturelles et psychologiques.

Il manque un arrière-plan culturel commun qui, en incluant les deux sujets de la relation, pourrait permettre aux échanges entre patient et thérapeute d'avoir lieu.

Pour qu'un rapport soit possible, les professionnels doivent alors abandonner leurs références et se mettre à la place du migrant pour mieux le comprendre. Ils doivent *se décentrer*.

Cette expérience est sûrement nécessaire mais aussi très difficile, car elle remet profondément en cause l'identité du sujet.

Les soignants du Centre d'Identification de Crotone, par exemple, ont avoué à Médecins Sans Frontières leur difficulté à établir une relation avec les étrangers, car ceux-ci veulent être soignés avec les méthodes traditionnelles et non pas avec la médecine occidentale : « Ils veulent des sorciers », a affirmé le médecin responsable (Medici Senza Frontiere 2005).

### **Transmission du traumatisme et mécanismes de défense**

L'expérience du trauma concerne en même temps les migrants et les personnes qui doivent s'occuper d'eux. Les vécus traumatiques que les migrants amènent et la menace d'échec de leur projet migratoire fait en sorte que l'ambiance du centre est saturée d'aspects mortifères et inélabores, comme témoigne le discours de la psychologue clinicienne que j'ai rencontrée et qui m'a confié qu'on ne peut rien faire d'autre pour ces patients que « les accompagner de la meilleure façon possible ».

Or, l'expression « accompagner quelqu'un » est souvent utilisée en psychothérapie pour les malades somatiques qui ont un pronostic défavorable (cancer, par exemple) et sous-entend l'objet « à accompagner à la mort ». C'est donc comme si, dans ce lieu de rétention, circulaient des matériaux inquiétants qui génèrent une certaine angoisse, contre laquelle sont établies des défenses rigides visant à rejeter ces aspects

inélaborables comme on fait avec les migrants qui sont renvoyés dans leur pays d'origine.

Parallèlement, le « technicisme » du discours des médecins qui consultant dans le centre reflète des aspects défensifs dûs probablement à la présence d'observateur mais aussi, comme on pourrait imaginer, liés à une prise de distance d'une situation angoissante où l'on est confronté à la souffrance physique et psychologique des patients : on substitue aux personnes, sujets de la relation, le discours rassurant de la médecine sur la maladie.

Cette disparition des patients comme défense contre l'angoisse relationnelle a déjà été décrite par Franco Basaglia (1967) dans des asiles, où les malades étaient condamnés à la mort sociale et psychique.

### **La représentation du migrant à l'intérieur du centre**

Dans l'ouvrage que Médecins Sans Frontières a consacré aux centres de Rétention italiens (2005), la plupart des professionnels qui y travaillent décrivent les immigrés comme des personnes auxquelles on ne peut pas faire confiance, agressives et violentes. Les défenses qui sont mises en place sont plus que mentales : à Bologne les lits sont fixés au sol ; à Modène, un espace spécial est prévu pour les « migrants violents », à Lamezia Terme, l'ambiance du centre est tellement tendue que parfois la psychologue clinicienne refuse de parler avec les patients dont elle a peur. À Milan, le médecin d'origine syrienne fait semblant de ne pas parler arabe pour contrôler les échanges du patient avec le traducteur et dans la plupart des centres, les anxiolytiques sont utilisés à doses excessives pour rendre les migrants inoffensifs.

On pourrait encore une fois établir un parallèle avec les asiles où les lits étaient fixés au sol, où les malades étaient hospitalisés dans des pavillons pour « agités », « sémi-agités », « tranquilles », etc., où les médecins avaient très peu de contacts avec les patients au point que les annotations sur le dossier médical étaient très rares, où on ne pouvait pas faire confiance aux patients et où on utilisait différentes méthodes pour rendre les malades inoffensifs (en les attachant au lit, par exemple).

Les « fous » comme les habitants du CPTA, sont considérés à l'intérieur de l'institution, comme des personnes dont il faut se défendre. Ils sont chargés des aspects les plus désagréables et troublants qui circulent dans ce lieu, de sorte que des mesures de contrôle sont prises pour leur gestion et pour qu'ils ne dérangent pas la vie institutionnelle : le malade, ainsi que le « maintenu parfait », est celui qui ne fait pas de bruit, qui accepte tout ce qu'on lui propose et qui est complètement passif vis-à-vis du personnel.

### **L'exclusion à l'intérieur du centre**

Dans les asiles, souvent les malades étaient enfermés à clé dans les grandes pièces des pavillons par le personnel soignant.

Parallèlement, il existe des centres de rétention où il n'y a quasiment

pas de rapport entre les professionnels et les « maintenus » : dans le centre de rétention d'Agrigento, par exemple, le personnel n'entre pas dans l'aire où sont placés les immigrés et les échanges (pour la livraison de la nourriture, par exemple) se passent à travers une petite porte. Dans d'autres centres, le ménage est effectué par les migrants eux-mêmes parce que personne ne veut entrer dans les chambres.

Il y a alors dans l'institution, des lieux qui ne sont pas habités par les différents professionnels qui y travaillent. Ils sont comme effacés de la conscience institutionnelle, qui ne s'en souvient que pour les aspects administratifs de la vie de l'institution (la distribution des repas, ménage...).

Ces parties mises de côté sont celles qu'on ne veut pas voir, mais parfois elles éclatent à travers des manifestations comme les incendies des pavillons, les grèves de la faim ou les automutilations des personnes qui vivent dans ces espaces oubliés.

### **Automutilations et relations institutionnelles**

L'assistance psychologique pour les « maintenus » des CPTA est un droit prévu par la loi, mais dans la plupart des cas les psychologues ont peu de contacts avec les patients.

Les centres où cette assistance est jugée insuffisante par Médecins Sans Frontières sont aussi les centres où il y a le plus grand nombre de cas d'automutilation : comme dans les prisons, si un migrant a besoin de voir le psychologue et qu'on lui répond non, il va parfois chercher un objet pour se couper (une carte téléphonique bien aiguisée, par exemple).

Le psychologue est un des éléments d'une relation d'écoute : si celui-ci n'est pas disponible, la relation même est niée et le sujet se trouve seul et rejeté par le professionnel, bien sûr, mais aussi par l'institution qui l'accueille.

L'automutilation peut être alors interprétée comme un moyen d'être écouté, pour rétablir un contact de soin qui puisse rendre la souffrance communicable et donc humaine, même si cela se passe sur un plan physique.

Le sentiment de rejet est bien connu par les immigrés qui parfois quittent leur pays parce que là bas il n'y a plus de place pour eux, au niveau économique ou bien relationnel.

En outre, une fois arrivés dans le pays d'accueil, ils perdent leur capacité de négociation car ils n'appartiennent pas encore à la nouvelle société, ils n'en partagent ni la culture ni la langue : ils régressent alors à un stade de dépendance où on peut avoir le sentiment d'avoir perdu tout ce qu'on avait avant.

Dans le centre de rétention, l'expérience de rejet et le sentiment d'avoir perdu même la possibilité de faire entendre sa propre voix<sup>4</sup>

---

4. À ce propos, la psychologue avec qui j'ai parlé a évoqué des épisodes où les « maintenus » ont cousu leur bouche avec le fil de fer barbelé qu'ils trouvaient dans le centre.

peuvent réactualiser cette angoisse dépressive que souvent les immigrés éprouvent lors de leur expérience migratoire : les automutilations peuvent alors représenter une manière de passer d'une position passive à une position active, pour rétablir le contrôle de l'objet qui est incarné par le corps même.

En même temps, l'institution est appelée à répondre à ce geste, elle est obligée d'intervenir et, pour un moment, c'est elle qui dépend du patient.

Cette dépendance temporaire est très peu tolérée par l'institution, qui considère ces gestes comme un chantage de la part des migrants et les « récidivistes » comme des « casse-pieds » dans la mesure où les blessures qu'ils se provoquent, souvent ne mettent pas leur vie en danger.

Ces blessures sont aussi un canal pour exprimer l'agressivité contre l'institution, contre le « corps institutionnel », et en fait, l'institution réagit à ces attaques en exprimant une certaine dose d'agressivité vis-à-vis de ceux qui s'automutilent, en disant par exemple qu'ils ne risquent même pas leur vie et parfois, en ne les soignant pas, surtout si les blessures sont superficielles.

Dans certains cas l'attaque contre l'institution arrive à être très directe, comme cela s'est passé à Turin, où des migrants ont brûlé à plusieurs reprises les pavillons du centre.

Quand ce type de réactions contre l'angoisse de mort et le vide relationnel échouent et que la personne n'a plus la possibilité de faire entendre sa voix, même à travers des gestes agressifs, il ne reste que l'expérience de la dépersonnalisation et du repli autistique pour se défendre de l'extérieur. Le désinvestissement pulsionnel de la réalité peut être si fort que les médecins du centre le décrivent comme des patients qui ont « le corps ici et la tête ailleurs ».

Dans les hôpitaux psychiatriques on peut remarquer des comportements qui ressemblent à celui de l'automutilation : Fausto Petrella (1993) décrit le cas d'une vieille dame qui avait l'habitude de déchirer les draps de son lit de façon « méthodique ».

Si on lui interdisait ce comportement, elle se mettait à crier et se grattait jusqu'à se causer des lésions.

Une fois, le médecin lui a donné sa main : le comportement habituel a bientôt cessé pour se transformer en une douce exploration de la main et de la peau, assez différente de ce qu'elle faisait avec les draps. Le comportement de la patiente provenait bien évidemment d'un manque de relation humaine. Au contact refusé, elle substituait une pulsion agressive dirigée contre l'objet absent.

Dans la plupart des centres de rétention, Médecins Sans Frontières a constaté un grand nombre de cas de dépendance aux benzodiazépines.

À ce propos, le médecin du CPTA de Lamezia Terme affirme que « parler avec *ceux-là* ne sert à rien, ils ne veulent que des médicaments ».



Or, il est bien possible que les immigrés demandent aux médecins des médicaments pour supporter leur condition d'enfermement, mais il est en même temps très probable que cette demande cache une demande de relation que le médecin n'arrive pas à entendre : leur donner des anxiolytiques à haute dose devient un moyen pour ne pas s'engager dans la relation et pour que les patients restent inoffensifs.

Le migrant devient alors l'objet sur lequel sont projetées les pulsions agressives du groupe institutionnel, objet qu'il faut en même temps contrôler car il risque de devenir persécutant et dangereux.

Dans le CPTA que j'ai visité, tout objet qui peut être utilisé pour une potentielle agression est confisqué, de sorte que les immigrés n'ont même pas droit à un stylo.

Le jour de ma visite, par exemple, on avait confisqué à un jeune homme du Sénégal un morceau de tuyau qu'il avait ramassé par terre et « qu'il tenait dans sa main, en tournant sur lui-même », m'a dit le médecin qui a ensuite demandé une consultation psychiatrique pour ce patient.

En tout cas, ce n'est pas la première fois que les migrants s'approprient des objets qu'ils ramassent à l'intérieur du Centre, comportement qui fait penser à celui des psychotiques hospitalisés dans les asiles. Ce comportement, au début considéré comme faisant partie du tableau clinique de la schizophrénie, a ensuite été interprété par les médecins comme lié à plusieurs facteurs, psychologiques et environnementaux, dont le fait que le patient, privé de tout ce qui lui appartient par l'institution, essaie de reconstituer un espace privé où pouvoir exister.

## **Conclusion**

On a essayé d'établir un parallèle entre le centre de rétention pour les immigrés et les asiles pour les malades mentaux dans la perspective de nous interroger sur la fonction de ces lieux.

Leur position géographique ainsi que les dynamiques relationnelles propres à ces institutions montrent qu'il s'agit de lieux où les immigrés et les « fous » sont confrontés à l'expérience de l'exclusion soit à l'intérieur de l'institution même, en étant relégués dans des espaces inhabités, soit au niveau de la société élargie dont ces personnes sont éloignés.

Cette exclusion permettrait à la société d'exister en tant que telle, s'il est vrai que, comme l'affirme André Green, « toute culture active est basée sur une paranoïa implicite » (1971 : 959).

Selon cet auteur, une culture a besoin, pour s'affirmer, de rejeter tous les éléments négatifs dont elle se défend et de les attribuer, à travers un mécanisme de clivage et de projection, à une culture étrangère, autre.

Ce qui découle de cette affirmation c'est que l'autre est rejeté « dans les ténèbres extérieures » et éloigné de la cité dans le sens latin de *civitas*.

Comme on l'a vu ces lieux d'exclusion changent à travers le temps : une

fois fermée l'institution de l'asile, en Italie, c'est une autre institution qui prend sa place, sous la forme du CPTA.

Comme on le sait, il n'est pas surprenant que l'objet considéré comme mauvais ait un caractère ambivalent : l'asile avait aussi pour les patients une fonction de protection car ils étaient considérés sans défense et incapables de survivre seuls dans la société. Parallèlement, une partie des migrants, celle des demandeurs d'asile politique, est considérée comme « objet bon », voir idéalisé si on peut affirmer, comme l'a fait un ancien directeur de l'OFPRA<sup>5</sup>, que le métier d'officier de protection « s'apparente à celui d'orpailleur : dans le flux que charrie la rivière, chercher inlassablement les pépites d'or de la convention de Genève, les réfugiés politiques » (Asensi & al. 2003 : 246).

L'exclusion sociale des « fous » et des immigrés, les uns dans les asiles, les autres dans les centres de rétention, pourrait donc être interprétée comme une réaction de défense contre le sentiment d'inquiétante étrangeté, que Freud a décrit dans son œuvre *Das Unheimliche* (1919).

Si *l'autre c'est mon propre inconscient*, cette mise de côté dans des espaces inhabités peut apparaître comme une tentative de maintenir le refoulé dans l'inconscient social, et de faire en sorte que celui-ci ne menace pas la partie consciente (Moro 2002).

L'autre est donc ce que le sujet refuse d'être et projette hors de lui, il est la partie forclosée de sa propre personnalité.

Si tel est le cas, on peut alors comprendre pourquoi la rencontre avec cet autre est si problématique, pour les médecins et les psychologues du centre de rétention, comme on a pu voir, mais aussi pour tout individu.

La relation avec l'autre, présumé de toute thérapie, a besoin, pour avoir lieu, d'un espace tiers co-construit par les deux sujets : dans le cas où ils n'appartiennent pas à la même culture, cet espace doit inclure la différence culturelle, de façon que celle-ci n'empêche pas la rencontre par l'apparition de défenses, mais qu'elle puisse plutôt être utilisée comme élément ultérieur d'échange.

Le dispositif groupal proposé en France pour la prise en charge des migrants (Moro 1998) est finalement un dispositif de médiation, où il est possible d'éviter les aspects troublants générés par la rencontre avec l'autre : aux différents cadres culturels (du patient et des soignants) est substitué un « cadre thérapeutique », qui permet les échanges à travers une médiation continue et qui évite en même temps une rencontre « à vif », potentiellement inquiétante, *unheimlich*, pour les deux sujets.

---

5. OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides.

## ANNEXE

Tableau 1- Distance entre le centre de rétention et le centre ville

<b>Centre de rétention</b>	<b>Distance du centre ville (km)</b>
Roma (Ponte Galeria)	20
Milano (via corelli)	13
Torino (CPTA Brunelleschi)	6
Bologna (Enrico Mattei)	12
Lecce (San Foca di Melendugno)	27
Brindisi (Restinco)	14
Modena (la Marmora)	3,5
Agrigento (Contrada s. benedetto)	12
Caltanissetta (Pian del lago)	10
Trapani (Serraino Vulpitta)	3

## BIBLIOGRAPHIE

- Asensi H, Le Du C. Savons-nous accueillir les réfugiés en France ? In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma cultures et soins*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2003. p.71-95.
- Basaglia F. *Che cos'è la psichiatria ?* Torino : Giulio Einaudi Editore ; 1967.
- De Loisy A. *Bienvenue en France !* Paris : Le Cherche Midi ; 2005.
- Freud S. (1919) *L'Inquiétante Étrangeté ("Das Unheimliche")*. Paris : Gallimard ; 1985.
- Green A. La projection : de l'identification projective au projet. *Rev. Fr. de Psychanalyse* 1971 ; 35 : 939-60.
- Medici Senza Frontiere *Centri di Permanenza Temporanea e Assistenza, Anatomia di un fallimento*. Roma : Sinnos Editrice ; 2005.
- Moro MR. *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris : La Découverte ; 2002.
- Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants des migrants*. Paris : Dunod ; 1998.
- Nathan T. La fonction psychique du trauma. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1987 ; 7 : 7-9.
- Nguyen S. L'articulation du social et du soin pour les migrants malades en France. In : Baubet T, Moro M.R. *Psychiatrie et Migrations*. Paris : Masson ; 2003.
- Petrella F. *Modelli semiologici per la nuova cultura psichiatrica territoriale*. Gli Argonauti 1979 ; 3 : 189-201.
- Petrella F. *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*. Milano : Raffaello Cortina Editore ; 1993.

## RÉSUMÉ

### **Immigration et rejet social: les centres de rétention pour immigrés en Italie**

Les centres de rétention pour immigrés (CPTA) accueillent les étrangers en situation irrégulière selon les lois italiennes sur l'immigration. À partir d'une expérience de visite dans un CPTA et des documents recueillis, nous analyserons la dynamique institutionnelle et son interaction avec l'extérieur. Ceci dans le but de nous interroger sur ce lieu dont la fonction semble être de constituer pour la société une protection contre le sentiment d'« inquiétante étrangeté » suscité par la rencontre avec l'Autre.

#### **Mots-clés:**

*Immigrés, exclusion sociale, centre de rétention, culture, inquiétante étrangeté.*

## ABSTRACT

### **Immigration and social exclusion: the italian temporary stay and assistance centers for immigrants**

The temporary stay and assistance centers receive and retain foreigners who are illegal in the eye of Italian immigration laws. We will analyze both the institutional dynamics of these centers and its relation to the outside world, using a report issued during a visit and some documents collected for this purpose. The paper examines the social function of these centers, which seem to serve as a protection for the Italian society against the uncanny feelings engendered by the encounter with the Other.

#### **Keywords:**

*Immigrant, social exclusion, temporary stay and assistance center, culture, uncanny feeling.*

## RESUMEN

### **Immigración y rechazo social: centros de permanencia temporal en Italia**

Los centros de retención para inmigrantes acogen a los extranjeros en situación irregular según las leyes italianas de inmigración. Se analizará la dinámica institucional y la relación del centro con el exterior utilizando como material la memoria de una visita realizada y algunos otros textos recopilados a tal fin. El objetivo es reflexionar sobre este lugar, cuya función parece ser la de constituir para la sociedad una protección contra el sentimiento de « ominoso » suscitado por el Otro.

#### **Palabras claves:**

*Immigrantes, exclusión social, centros de permanencia temporal, cultura, sentimiento de ominoso.*