

**Entre terre natale et terre d'accueil. Comment explorer les limites et les difficultés à lier une position clinique et une préoccupation citoyenne dans les soins psychiques aux demandeurs d'asile... ?**

**Between native country and host country. Exploring the limits and difficulties in linking clinical position and citizenship concerns in the psychic care of refugee claimants ?**

**Entre la tierra natal y la tierra de acogida ¿Cómo explorar los límites y dificultades para vincular una posición clínica y una preocupación ciudadana en las curas psíquicas de los demandantes de asilo ?**

**Entre a terra natal e a terra de acolhimento. Como explorar os limites e as dificuldades a relacionar uma posição clínica e uma preocupação cidadã nos cuidados psíquicos aos solicitadores de asilo ?**

Francis Maqueda

Volume 35, Number 2, Fall 2010

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1000556ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1000556ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Maqueda, F. (2010). Entre terre natale et terre d'accueil. Comment explorer les limites et les difficultés à lier une position clinique et une préoccupation citoyenne dans les soins psychiques aux demandeurs d'asile... ? *Santé mentale au Québec*, 35(2), 117–143. <https://doi.org/10.7202/1000556ar>

Article abstract

Psychic care of refugee claimants, victims of extreme and intentional trauma engages a particular clinic requiring that the therapist remains vigilant to concerns of citizenship. However, the psychoanalytical contribution, when by its self insufficient, is fundamental to understand what is addressed from one subject to another, in transference and counter-transference. The presence of a cultural mediator (interpreter), far from polluting the therapeutic relation, in the contrary, enriches it, in finding a process of objectalisation. Nevertheless, if exile remains before anything subjective, one must pay particular attention to the context of immigration policies of the host country and to the context of conflict of the country of origin. Indeed, it is the quality of this psychic « to-and-fro » between the host group and the native group, a support of the re-symbolization process that protects the collapse of intra and inter-subjective links. In these conditions, the therapist occupies moreover a position of « passeur ». However, what is fundamentally addressed is the question of 'human condition'.



## Entre terre natale et terre d'accueil. Comment explorer les limites et les difficultés à lier une position clinique et une préoccupation citoyenne dans les soins psychiques aux demandeurs d'asile... ?

Francis Maqueda\*

Les soins psychiques apportés aux demandeurs d'asile, victimes de traumatismes extrêmes et intentionnels engagent une clinique particulière, qui nécessite pour le thérapeute d'être vigilant à une préoccupation citoyenne. Toutefois, l'apport psychanalytique, quand il ne se suffit pas à lui-même est fondamentale pour comprendre ce qui s'adresse d'un sujet à un autre, du transfert et du contre-transfert. La présence d'un médiateur culturel (interprète), loin de polluer la relation thérapeutique, l'enrichit au contraire, car elle ouvre un processus « d'objectalisation ». Néanmoins, si l'exil reste avant tout subjectif, une attention particulière doit être portée au contexte des politiques d'immigration des pays accueillants et au contexte conflictuel des pays d'origine. En effet, c'est la qualité du « va et vient » psychique entre le groupe d'accueil et le groupe d'origine support des processus de re-symbolisation, qui protège de l'effondrement des liens intra et inter-subjectifs. Dans ces conditions, le thérapeute occupe de surcroît une position de « passeur ». Fondamentalement, cependant, il sera question de « l'humaine condition ».

**P**our une bonne part, les personnes qui viennent solliciter l'asile dans nos pays occidentaux, réputés libres et sans conflits, fuient des situations de conflits. Elles ont, la plupart du temps, été déliées de leur ancrage social et soumises à des attaques répétées de leurs objets et représentations culturels. De ce fait, elles sont menacées de déculturation, dont elles tentent de se déprendre en se déplaçant en direction d'un monde supposé plus accueillant, qui en tout cas exerce sur eux la promesse séductrice d'un Eden qui viendrait masquer l'ombre du rejet de la terre d'origine. Elles projettent confusément sur ce monde l'idée qu'il pourrait tolérer leur propre culture, parce qu'elles l'imaginent comme suffisamment ouvert, voire dégagé des « éventuels rétrécissements

\* Psychologue clinicien. Psychothérapeute, à Santé mentale et Communautés, Villeurbanne. Membre de la consultation pour les demandeurs d'asile de Médecins du Monde, Lyon. Président d'Appartenances, Lyon.

ethniques» dont elles ont été l'objet. C'est un monde «civilisé», développé, productif, ouvrant largement à des possibilités de travail, monde de la puissance économique qu'elles idéalisent ainsi; même si par ailleurs, elles ont une vague idée des difficultés qui les attendent. Mais ce qu'elles trouvent, c'est la déception, laquelle augmente le deuil de l'univers natal et renforce la dépression liée à l'exil. Aussi peut-on faire l'hypothèse que le devenir de l'exilé, de l'immigré va être conditionné par la manière dont il va se positionner par rapport à ce nouveau monde. Cependant, il y a un malentendu, qu'on perçoit dans la manière de raconter le monde et de se raconter soi-même. Le récit des migrants raconte le monde de la circulation des hommes, comme le monde de la globalisation raconterait celui de la marchandise<sup>1</sup>. Mais le récit des hommes se heurte aux frontières; et alors que les marchandises circulent au gré de leur fabrication la plus rentable, les hommes ne peuvent prétendre aux mêmes droits. Ils sont taxés de «misère du monde qu'on ne pourrait pas toute accueillir». Reste que les démarches qu'ils entreprennent pour obtenir l'asile ravivent l'intensité des traumatismes subis et de ce fait leur Moi se retrouve dans une situation traumatique. Pour ceux qui nous sollicitent, le vécu de cette situation devient presque aussi catastrophique que la catastrophe initiale et à ce titre demande que l'accueil thérapeutique soit aménagé quand il est sollicité. Le premier aménagement, en tout cas celui qui est essentiel porte sur la question de la langue.

Les demandeurs d'asile sont en effet des personnes étrangères à notre langue et de ce fait, la nécessité qu'on doit leur accorder de parler dans leur langue maternelle implique d'associer aux soins, des interprètes. Ces derniers bien que n'ayant pas de formation psychologique, et pour peu qu'on ne soit pas pollué par une position trop orthodoxe ont une fonction de prendre soin du patient en exil sur laquelle le thérapeute peut s'appuyer. Dans la majorité des cas, ils (elles) sont issus de la même communauté ou d'une communauté approchée du demandeur d'asile et à ce titre partagent des éléments de culture commune. Ils agissent ainsi comme d'éventuels médiateurs culturels, ce qui peut ouvrir un mouvement d'objectalisation, qui permet une issue possible au traumatisme, puisque ce qui se transmet à un même (l'interprète) est destiné à un autre (le thérapeute). Ce mouvement s'exprime par ailleurs d'une langue à une autre, non pas dans une traduction mot par mot mais dans une véritable interprétation qui lie des contenus culturels pour leurs donner un sens partageable. La langue n'est pas en effet un calque de la réalité, elle est une façon de comprendre le monde. Toute langue est en effet une interprétation du monde (exemple: le compagnon en français est celui qui partage le pain, en arabe, celui qui partage le sel). Plus globalement cependant, 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 qui ne relève pas seulement 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. Du coup, cette activité soignante engage une clinique qui peut apparaître comme particulière et spécifique.

### **Mais pour commencer, j'avancerai quelques considérations critiques sur le TSPT**

Je me tiendrai à l'écart d'un discours que je ne partage pas : s'il y a de la guerre, il y a obligatoirement du traumatisme ou plus communément du TSPT (trouble de stress post traumatique) ; 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 (ce sera le cas de ceux dont il sera question dans ce texte. Ils sont, à la fois demandeurs de soins et de « consolation »).

Le TSPT 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 TSPT ne prend pas en compte le fait que celui qui a été traumatisé, 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 psychosociales dites 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 du coup du socle commun civilisateur, ce qui ne fait que répéter la précédente exclusion déclenchée par l'événement traumatique produit intentionnellement.

### **Quelle position clinique adopter alors face à des traumatismes intentionnels ?**

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 objet ou un appareil psychique, ou comme un sujet de l'humaine condition. (Bien entendu cette appartenance à l'humaine condition comprend les appartenances communautaires, si tant est qu'elles restent souples). 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. En effet, la violence de ces traumatismes, intentionnellement produite par d'autres, a porté atteinte à la confiance fondamentale, aux processus de liaison et aux liens intersubjectifs, en d'autres termes à l'estime de soi et des autres. 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. Elle produit une effraction du pare excitation, entame le pacte narcissique ; d'autant que le plus souvent l'utilisation de la cruauté a été centrale. C'est dire que 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. En d'autres termes les sujets ont été réduits à de simples objets.

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. On est saisi dans ces situations par l'exacerbation du « narcissisme des petites différences ». Pour exemple, il y a quelques années, j'ai été amené à travailler pendant la guerre en ex-Yougoslavie, en supervisant pendant cinq ans un dispositif d'aide psychologique aux réfugiés et déplacés et j'avais recueilli les témoignages suivants :

Karol, un homme de Vukovar, me 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 tour de garde la voix de son voisin de palier le plus proche, qui prenait son tour de garde. 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<sup>2</sup>.

Dans ces deux témoignages, on sent bien en quoi les relations de confiance, celles qui s'établissent sur une quotidienneté partagée ont pu êtres attaqués 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 mutilations et des abus sexuels dans des camps de détention, révèlent ces mêmes états de stupeur. Ils reconnaissent souvent, 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 simple voisinage.

### **Quelle est la nature et quels sont les effets de la situation traumatogène ?**

On sent bien dans ces conditions qu'il va s'agir de partager la situation traumatogène sans pour autant se tenir défensivement à distance. Comment rechercher « une suffisamment bonne » 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 ? Réel sidérant qui s'impose tellement qu'il arrive à faire penser que les personnes traumatisées sont sous influence. Aussi, la question de la position du clinicien se pose-t-elle 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. Par contre, des relations d'alliance peuvent être recherchées hors d'une excessive compassion ou d'une empathie manichéenne afin de 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 nécessairement 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 d'une humanité partageable, et non témoin d'un témoignage qui s'exacerberait jusqu'à en déposséder la victime.

La particularité de cette clinique est qu'elle se présente souvent au début comme une clinique du récit ne serait-ce que parce que le récit exigé par les autorités françaises, 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 et d'effondrement. Georges Devereux va jusqu'à évoquer des manœuvres de renonciation à l'identité comme défense contre l'anéantissement, d'où la prudence à maintenir quant au diagnostic<sup>3</sup>.

À ce titre les enveloppes psychiques primaires peuvent être démantelées (psychiques et psychosociales), 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 antisymboliques, où le corps seul devient le lieu 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 dans son article « La troisième différence » soulignait que ces situations réactivent des mouvements psychiques proches de ceux qui sont décrits par Spitz dans « l'angoisse du huitième mois » devant l'inconnu, 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.<sup>4</sup> » 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). Aussi, la position soignante reste-t-elle complexe, d'autant que le thérapeute doit tout de même se décentrer des événements traumatiques pour comprendre avec le sujet ce qu'ils sont venus éventuellement répéter d'un désordre psychologique antérieur. Le risque évidemment serait de trop psychiser,

comme je le signalais précédemment, mais l'enjeu est bien de resituer le sujet dans sa propre histoire.

### **Voici un premier exemple clinique**

*À l'issue d'une séance avec un homme d'origine bosniaque demandeur d'asile, et après qu'il ait quitté le bureau, en pleurs, l'interprète que je connais depuis plus de dix ans, bouleversée par ce qui venait de se passer, m'interpelle comme ayant opéré une sorte de « réduction psychiste », de psychologiser en quelque sorte. Son reproche, complice et amical, au demeurant, cherche à repérer chez moi dans ma position de thérapeute, une atténuation des causalités politiques et sociales qui auraient provoqué la souffrance psychique de cet homme. Il a à peu près 35 ans et une bonne dizaine d'années auparavant, arrêté et emprisonné dans un camp de « concentration » serbe, il aurait subi des tortures et des violences à caractère sexuel. En outre, il a perdu sa femme et son enfant et devant l'inanité de ses recherches, il en a conclu qu'ils étaient morts. (Son récit vient immédiatement mobiliser chez moi les souvenirs d'autres récits : ceux des réfugiés bosniaques rapportés lors des séances de supervision d'un dispositif clinique sur la côte dalmate en Croatie. De ce fait, j'identifie assez bien le camp dont il parle dans la région de Foca et Gorazde en Bosnie centrale). Plus tard, il s'est remarié, il a deux petites filles en bas âge, et semble avoir entrepris une errance à travers l'Europe pour aboutir et rester aux Pays-Bas pendant deux ans où sa demande d'asile a été rejetée. Le choix de ce pays semblant être lié à la présence du tribunal international.*

*Cela fait trois mois que nous le voyons régulièrement et il ne cesse de nous adresser des plaintes revendicatives sur l'hébergement qui lui est proposé depuis son arrivée à Lyon et des plaintes somatiques qui l'invalident dans sa position d'homme. Il est très critique par ailleurs sur le traitement médicamenteux psychiatrique qui lui a été prescrit aux Pays-Bas. Il ne le prend plus parce qu'il l'éteint complètement, lui faisant revivre un vécu d'impuissance. L'évocation que nous avons pu partager lors des séances précédentes au sujet de sa détention dans le camp le transporte dans un état où s'amalgament la douleur, la terreur et l'effroi. Il cherche son souffle dans ces moments-là, mais comme s'il alimentait une forge qui brûlerait tout, en particulier le temps où il se perd et il nous perd. La « situation extrême » qu'il a vécue apparaît comme une expérience sans fin, sans limites qui ne cesserait de se consumer ; et c'est à partir de cette représentation que l'idée sourde en moi que le feu chez cet homme devait couvrir depuis longtemps... bien*

*avant la situation traumatique extrême qu'il nous expose. Il me transmet par ailleurs un tel vécu de désespoir, une telle dysharmonie entre son allure physique de grand costaud et sa détresse psychique d'enfant abandonné, que je me risque à l'interroger sur l'existence de ses parents. Il ne s'y prête pas volontiers, mais finit par se présenter comme le petit dernier d'une fratrie de quatre, ayant seize ans de différence avec sa sœur aînée. Son père, qui travaillait en Allemagne, revient en Bosnie pour combattre, mais il est tué au tout début de la guerre. Sa mère est elle aussi décédée, mais il a besoin de repasser par l'évocation des tortures au camp pour nous apprendre qu'en fait, elle est morte quand il avait neuf mois. Il a été élevé par sa sœur aînée et une tante paternelle elle aussi décédée, le père pourvoyant aux besoins de la famille depuis l'Allemagne. Il précisera qu'il a eu somme toute une enfance puis une jeunesse, heureuse, voire sans limites ; l'interprète, de même origine que lui, ayant l'intuition de démêlés avec la police de son pays, avant et après sa détention et les tortures ; il en apportera la confirmation plus tard.*

*Je me forge peu à peu une représentation d'un sujet chez qui le traumatisme extrême répète une situation traumatique infantile qui s'origine dans le décès de la mère puis quelques années plus tard dans celui de la tante ; l'absence de père pendant l'enfance et la jeunesse semble problématique, il ne le voyait qu'à l'occasion de ses retours annuels pendant les vacances ; le dernier retour s'avérant fatal. En outre, l'image de la sœur aînée, substitut maternel, est polluée par le conflit, car bien avant celui-ci, elle avait fait un mariage dit « mixte », ayant épousé un homme d'une communauté devenue hostile à la Bosnie. Elle vit par ailleurs en ex-Yougoslavie et pourrait toutefois être un recours refuge si elle n'habitait pas un territoire autre que celui de la Bosnie.*

C'est donc cette incursion que je sollicite dans l'histoire de cet homme avant la situation extrême qui me vaut de la part de l'interprète cet amical reproche de « réduction psychiste ». Il n'est évidemment pas question pour moi de nier que ce type de situation extrême produit un vécu d'impasse subjective, tant la révolte est vaine, et qu'il n'y a pas d'objet de recours externe concevable. Forcé dans une logique de la contrainte qui se répète, le sujet se sent anéanti, mis hors humanité, délié du « contrat narcissique ». Il est mis dans une espèce d'état d'exception paradoxal, « hors la loi » ou du moins d'une loi qui ne serait pas partageable car elle n'est que l'expression du principe de plaisir doublé de cruauté de la part des bourreaux. La conséquence peut en être qu'au-delà de la perte de confiance en l'autre, le sujet s'inscrive pour survivre

dans une logique de désocialisation où pourront dominer justement des conduites anti-sociales. Par ailleurs, la figure de la castration en relation avec le sexuel peut être centrale (en particulier chez cet homme, des vécus et des plaintes de séparation du corps en deux : au-dessus et en dessous de la taille) mais aussi celle (la castration) qui concerne la limite inexorable imposée à l'homme que l'on veut détruire alors qu'il veut vivre. Dans ce sens, il invoque souvent des sensations de coupure où il ne sent plus le bas de son corps qui se dérobe mais expose ainsi une coupure de soi-même où il n'est connecté qu'à la douleur provoquée par les actes extrêmes qu'il a subis : n'être plus que cela au détriment de l'ensemble de son expérience subjective. Bien évidemment c'est le clivage qui vient s'imposer, non pas seulement celui qui le couperait du vécu abominable de la torture que celui qui le couperait de l'expérience de ses liens antérieurs. Le sujet n'est plus que sa douleur, accroché à elle comme au bastingage d'un bateau pris dans la tempête, sidéré par la brûlure qui a dévasté son estime de soi. Mais ce dont le sujet peut se cliver aussi, c'est en quoi le traumatisme extrême vient obérer (forclore) les traumatismes antérieurs. Ce clivage, il peut le transporter chez les soignants si ces derniers ne s'accrochent qu'à la dflagration traumatique et en particulier dans les situations de demande d'asile quand cette demande est portée et argumentée à partir de l'expérience traumatique.

Nous sommes confrontés alors, tant que nous ne sommes pas identifiés comme différents des instructeurs de la demande d'asile, à des sujets qui ne tentent pas de contrôler le retour interne des vécus de la situation traumatique, voire qui l'alimentent comme le feu qui couve et qui ne demande qu'à repartir. Nous pouvons alors nous retrouver liés à un paradoxe qui est que cette figure de l'autre que nous serions censés occuper soit sans arrêt transpercée par le récit des atrocités subies, ligotés par le sujet dans une position revendicatrice (légitime au demeurant) de demande de réparation par l'acceptation de l'asile.

*C'est là où la position soignante devient complexe*, tant elle doit être attentive dans le contexte traumatique exposé à la subjectivité du sujet. Or le peu que nous savons, c'est que le sujet ne peut traiter seul l'impact traumatique extrême en l'occurrence. Il doit passer pour ce faire, par un autre sujet et l'empathie de cet autre sujet pour métaboliser cette expérience. Cette empathie qui peut s'appuyer sur une sollicitude tempérée est ce qui permet l'accompagnement, l'exploration, et l'éprouvé de ce que les sujets agressés n'ont pu supporter de sentir dans la situation extrême elle-même. Les sujets se sont sentis réduits à l'état d'objet, et rejetés hors de l'humaine condition.

*Samira est une jeune femme bosniaque que je vais recevoir avec la même interprète un mois après son arrivée à Lyon avec son mari. Elle inquiète les accueillants du centre de refuge où ils sont hébergés, tant elle manifeste de la terreur quand elle croise des hommes. La nuit, les hurlements qu'elle pousse, provoqués par ses cauchemars qui la dressent sur son lit, réveillent les voisins qui s'en plaignent. Ces manifestations paroxystiques sont probablement amplifiées par les procédures de récit que mobilisent la demande d'asile et la situation de « familière et inquiétante étrangeté » occasionnée par l'hébergement collectif regroupant des communautés de réfugiés.*

*Elle a vingt-trois ans maintenant. La décision de s'exiler s'est précipitée dix ans après la fin du conflit (les accords de Dayton mettant fin au conflit datent de décembre 1995), alors que la maison qu'elle avait finie par occuper avec sa famille dans sa bourgade natale de Bosnie devait être rendue à une famille serbe. Leur propre maison à quelques centaines de mètres ayant été brûlée par les milices serbes lors du conflit. À cette époque, jetée à la rue par l'incendie, sa famille fut rassemblée avec d'autres par les agresseurs et emmenée dans un centre de détention. Là, alors qu'elle a une dizaine d'années, elle est violée devant toute la communauté. Un de ses frères aînés qui tentait de la soustraire de l'agression est décapité sur le champ. J'entends immédiatement l'immense culpabilité qu'elle doit éprouver dans sa conscience de survivante paradoxale. Cependant cette précision factuelle tragique ne viendra qu'après plusieurs séances où j'accepte de recevoir de manière répétitive ses éprouvés d'angoisse à la vue des hommes du foyer d'accueil. Ces derniers réapparaissent la nuit dans ses cauchemars en grandeur disproportionnée. Elle parle de géants agresseurs à figure monstrueuse qui l'entourent en vociférant, sorte de « fantômes dans la chambre d'enfant » qui font surgir des terreurs d'anéantissement, d'écartèlement et d'effondrement. Je les entends comme des traces internes d'une situation extrême qu'elle ne peut contrôler et qui envahissent autant sa vie diurne que nocturne. Ce sont évidemment des rêves traumatiques. Je me fais l'hypothèse que ces rêves sont des reproductions à l'identique d'une scène d'horreur déjà vécue, scène dont elle tait l'issue. Ces géants sont proportionnellement des adultes pour un enfant, il n'y a pas vraiment de symbolisation, de travail de transformation propre au rêve. Psychiquement épuisée, somatiquement défaite par des douleurs importantes aux vertèbres cervicales, elle me fait craindre une possible décompensation que la nécessité du récit pour la demande d'asile pourrait précipiter. Aussi vais-je maintenir pendant plusieurs séances un écart de non-immédiateté de la communication de la situation traumatique, voire une certaine opacité jusqu'à lui formuler une*

*hypothèse ayant valeur de proposition d'alliance. Je me risque à lui dire que je la pense sous emprise d'hommes ayant commis sur elle des actes hors de la communauté humaine... contre nature humaine... et que ce négatif radical la hante au point qu'ils continuent à avoir prise sur elle ! Je crois avoir ajouté des mots au sujet de leur triomphe omnipotent, sans limites.*

*Cette formulation va l'effondrer en pleurs, mais lui permet d'évoquer une sorte de honte extrême ressentie dans son environnement en Bosnie, honte qui l'aurait poussée à partir, après qu'elle se soit mariée à un jeune coreligionnaire qu'elle dit aimer profondément, tout en le maintenant à distance sur le plan des rapprochés sexuels décrivant une phobie du contact et une vie pulsionnelle neutralisée. Pour ma part, j'étais jusqu'alors assez décontenancé par une apparente froideur opératoire qui me faisait penser à un enfant « élevé à la dure » de manière un peu fruste, jusqu'à ce que je lui livre mon hypothèse sur ce qu'elle aurait subi. Vint alors le temps du récit des scènes traumatiques, soutenu sur le plan émotionnel par l'interprète de même origine qu'elle, lui proposant ainsi une espèce de « côte à côte » psychique que j'eus besoin d'accompagner parfois en me déplaçant aussi de la position de face à face pour lui tenir l'avant-bras. Ce double étayage corporel m'apparut cependant nécessaire pour soutenir ce dont cette jeune femme avait besoin pour se tourner vers les autres et tenter de partager le vécu de la situation traumatique. Nous pûmes ainsi l'accompagner en l'aidant à maintenir des zones de tact, de discrétion sur l'extrême brutalité des événements afin de se préserver d'un éventuel envahissement et de préserver aussi chez elle la manière dont elle avait probablement cherché à se soigner elle-même en se mariant par exemple, contractant une union qui apparaissait comme blanche sur le plan sexuel.*

### **Le côte à côte psychique**

Je rappelle la préoccupation constante dans ce genre de situation qui doit être celle du thérapeute, de ne pas « faire dire », le soignant pouvant être identifié comme un agresseur potentiel par le sujet traumatisé ; le simple fait de poser des questions, ou même d'interpréter pouvant être vécu comme une manipulation mentale propre à l'agresseur. Il faut donc se garder de forcer à parler... tant notamment le réel sidérant qui s'impose peut faire penser que les personnes traumatisées restent sous influence.

Cependant, la qualité de l'interprète est de soutenir une fonction médiatrice. Porteur du contexte culturel, social, politique du sujet, porteur d'un implicite qui permet à ce dernier de revivre un lien pha-

tique, il est source éventuelle d'un attachement retrouvé. Cet attachement dans l'alliance qu'il mobilise peut dépolluer le sujet de l'idée qu'il se serait fait comme quoi le contexte culturel dont il est issu est globalement contaminé par la cruauté. Il est vrai a contrario que l'interprète peut être perçu comme étant éventuellement aussi du même monde que les agresseurs, et entretenir durablement chez les sujets traumatisés des vécus de méfiance et de persécution.

Le soignant doit sentir cela assez finement, d'autant qu'il est amené à intervenir dans une situation qui a son histoire, et s'il est vrai que le contexte social et politique de la situation traumatique va se livrer rapidement, ce qui est de l'ordre de l'histoire du sujet demande à être mobilisé à son rythme. Chaque sujet pris au même titre que d'autres dans une même situation extrême va avoir une manière particulière de réagir. Il va la ressentir de manière personnelle, aussi faut-il être attentif au fait que l'explication politique et sociale ne recouvre pas son propre ressenti. Il va par ailleurs organiser sa propre stratégie de survie, selon une « logique » qui découle de la manière dont il s'est construit jusque-là. Il sent « du dedans » ce qu'il a vécu, alors même que la détresse dans laquelle il se trouve peut nous faire penser qu'il est dans une impasse. L'impasse serait aussi de proposer nos solutions, celles que notre savoir et nos théories du soin imposeraient, le risque étant de soumettre passivement le sujet à nos idéaux. En outre, ce genre de traumatisme est tellement « impensable » que seule l'attention accordée à l'expérience (psychique) permet d'en rendre compte.

*L'homme que j'évoquais précédemment me disait bien que ce n'était pas de médicaments dont il avait besoin, mais de me voir plus souvent. Je l'ai compris comme la reconnaissance d'une situation pouvant l'aider à trouver un sens possible à son extrême souffrance mais aussi lui rendre une humanité de base. Reprend-il contact avec lui-même, avec son histoire infantile par exemple, même si cette histoire que je sollicite est douloureuse, il est trop tôt pour le dire ? Il faut toujours s'attendre cependant à être mis dans une place de persécuteur. Samira, quant à elle, au décours des séances où elle évoque la scène traumatique, nous apporte un rêve nouveau qui se répétera. Elle donne naissance à un bébé dont elle dit qu'il est protégé par ses parents. Quand je lui demande comment elle l'interprète, c'est comme si, dit-elle, elle recouvrait une position de femme (adulte précise-t-elle) ; pour ma part, je pense qu'elle commence à balbutier un travail psychique de transformation intérieure, comme un processus réparateur. Nous l'avons ressenti aussi avec l'interprète comme un cadeau qu'elle offrait au couple soignant de même âge que ses parents, comme un partage*

*d'une expérience subjective qui pouvait commencer à se re-symboliser.* À quelles conditions cela est-il possible ? Probablement qu'à partir de cette position de témoin empathique que j'ai occupée, étayée par le contact consolant de l'interprète, elle a pu s'autoriser à mettre en mots, mettre en récit ce que l'expérience extrême avait sidéré... en précisant que c'était la première fois qu'elle en parlait. En d'autres termes, elle peut commencer à re-habiter son être, se re-situer dans son histoire, d'avant et d'après la situation extrême, mais plus tout à fait dans une coupure dont la béance n'était jamais cicatrisable. Un traumatisme est-il jamais cicatrisable d'ailleurs ? L'enjeu psychique de la survie qui en découle passe probablement par le recours à d'autres raisons de vivre, sans annuler la blessure. Dans ces situations, le thérapeute est « porteur d'affects », d'autant qu'il a été dans la position de recevoir la parole souvent violente des sujets traumatisés. Derrière l'indifférence parfois décrite de ces derniers (que j'ai qualifiée précédemment « d'apparente froideur opératoire ») se cache en fait une hyper attention à l'autre qui guetterait les affects provoqués par leur histoire. C'est une manière de vérifier l'effet de l'horreur provoquée par leur récit (Un an plus tard, ayant obtenu l'asile politique avec son mari, Samira donnera naissance à un garçon.) En fait, confortons-nous dans l'idée que ce que nous apportons de plus précieux au sujet, c'est la possibilité de ne plus être seul face à ce qu'il éprouve.

### **Réparation et travail psychique**

La clinique des demandeurs d'asile est particulière et difficile ; souvent le temps est compté, tant ils risquent à tout moment d'être renvoyés d'où ils viennent, et ils y sont particulièrement soumis en France. Cette particularité du temps fait que cet autre récit qui leur est demandé, par les organismes de l'État, pour établir la validité de leur demande d'asile peut faire flamber les symptômes de la souffrance psychique. Le corps fait signe à défaut de faire sens, la souffrance les rend malades et peut donner l'impression parfois d'une pathologie psychiatrique gravissime non contextualisable par des accueillants et des intervenants non préparés, non habitués à de telles manifestations. Le risque est d'en renvoyer l'origine au seul événement traumatique et de croire que la seule revendication de réparation est suffisante pour lever l'impact de la scène traumatogène. C'est le biais qu'emprunte la victimologie quand elle suppose que la réparation permet de mieux supporter le préjudice subi, d'en atténuer le malheur. Le travail psychique est d'un autre ordre, il tend vers une transformation intérieure qui s'apparente au deuil<sup>5</sup> comme processus réparateur pour revenir à la vie et vivre avec sa blessure. C'est dire que c'est la capacité de vivre qui est

mise à l'épreuve, malgré tout ce qui a été brisé en soi, en remobilisant ce qu'il y a de véritablement humain en soi. Dans ces situations extrêmes, la demande d'asile, est évidemment politique. Ces personnes projettent plus ou moins confusément dans l'octroi de l'asile une certaine façon de leur rendre justice et une manière de les restaurer socialement. C'est comme une chance qui leur est offerte de re-vivre dans un autre contexte qu'elles idéalisent comme non persécuteur. Toutefois, si l'œuvre de justice est fondamentale, accompagnée d'un travail de restauration sociale, le travail du clinicien, en tant qu'il ouvre au partage d'une expérience subjective agit justement là où le sujet a été expulsé de l'humaine condition.

En d'autres termes le travail psychique opéré par les personnes en exil, tend vers une transformation intérieure qui mobilise un travail de séparation comme processus réparateur pour revenir à la vie et vivre avec sa blessure. Cependant et compte tenu de la situation de l'asile en France, force est de constater que demander le statut de demandeur d'asile est moins le commencement d'un retour à la vie que le début d'un nouveau cauchemar. Les issues suicidaires sont possibles, comme les décompensations ou aggravations somatiques, signes de la perte de tout horizon. Plus rien ne fait sens, dans ce dédale d'attentes, de procédures contradictoires, de dossiers interminables... Tombent cependant comme un couperet à l'illusion d'être protégés des décisions de reconduite à la frontière.

*Ainsi une autre jeune bosniaque, sensiblement du même âge que la précédente, que je rencontre à sa demande dans le même cadre et qui vient d'accoucher d'une petite fille à la maternité de l'Hôtel Dieu à Lyon, me déclare, alors que son recours a été rejeté : « je n'ai même pas la possibilité de mentir... J'ai tout dit, avec votre aide... Je ne vois pas ce que je pourrais inventer de plus fort pour être entendue ». Réfugiés avec son jeune mari, ils ont fui eux aussi la Bosnie, dix ans après les accords de Dayton. Ils ont en effet essayé de récupérer la maison familiale, à cheval sur une ligne de séparation du conflit intercommunautaire, et à cette occasion, elle s'est fait violer par plusieurs individus alors que son mari est roué de coups et assommé. Bien évidemment, elle connaît ses agresseurs, issus d'un voisinage hostile mais intouchable ; nous sommes là encore dans les soubresauts de la purification ethnique. Terrorisés, ils s'enfuient et rejoignent à Lyon une sœur et sa famille ayant obtenu l'asile précédemment. Enceinte de 4 mois à l'époque, elle perd son premier bébé, et quand elle vient me voir, elle est de nouveau enceinte de 4 mois, sidérée, anéantie, empêchée de penser par la collusion des dates. Elle ne peut se déprendre de l'idée qu'elle va perdre ce*

*nouveau bébé, au summum d'une angoisse amplifiée par le rejet de la première demande d'asile. Dans un travail au plus près, avec l'aide de l'interprète, je vais l'accompagner pas à pas dans cette grossesse, allant même, dans les derniers temps, jusqu'à lui donner mon numéro de téléphone portable et nous communiquerons tant bien que mal dans un sabir mi-anglais, mi-français par SMS. Elle accouchera finalement en retard (je pensais : « elle le garde au chaud »), la nuit précédant une séance que nous devons avoir, et me téléphonera à l'heure dite (de la séance). Je suis passé la voir à la maternité, avec un peu de retard sur l'horaire, pour conserver le cadre tout en changeant de lieu, prenant en compte son coup de téléphone à l'heure de la séance.*

*Mais quelques jours avant son accouchement, elle a été convoquée à Paris pour son recours, et elle est de nouveau entendue pour une persécution dont elle dit être l'objet et qui doit être officiellement jugée comme « vraisemblable ». Les officiers de l'O.F.P.R.A (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ont alors pour mission de faire le tri parmi tous les récits de vie dévastées par des meurtres, des viols, des tortures, des massacres et juger de leur crédibilité. Quinze jours après son accouchement, elle reçoit une réponse défavorable et à ce titre, ne pourra rester dans le foyer qui l'accueille avec son mari et son bébé et à partir duquel des soins au bébé peuvent être organisés. Que dire de plus, répète-t-elle, pour compenser « ce manque de crédibilité ». Elle ajoute : « L'idéal serait que mon mari trouve n'importe quel travail auprès d'un patron qui déclarerait à la préfecture qu'il n'a trouvé aucun Français pour occuper ce poste. »*

À ce titre, il deviendrait un immigré provisoire, comme lorsqu'on importait la main-d'œuvre qui a contribué à faire les Trente Glorieuses ; il est en effet prévu que « la carte de séjour peut toujours être retirée, lorsque l'une des conditions exigées pour sa délivrance n'est plus remplie par son titulaire », par exemple au gré des besoins du marché du travail. Derrière, on voit poindre l'idéal extrême franco-français de l'entre soi, et le fameux droit du sang, il faut naître français, de parents français, pour être français. Cette thèse exclut dans le même temps le pouvoir de la parole et engage du coup le thérapeute dans une position citoyenne puisqu'elle exclut l'humain qui ne se fonde pas de sol et de sang, mais de culture, d'actes et de paroles dans un rapport essentiellement symbolique qui se constitue pour une collectivité comme pour un sujet. Or, c'est bien à ce rapport symbolique à la France, terre d'asile, que se réfèrent entre autres, les nombreux réfugiés qui demandent l'asile territorial. De tout temps cependant, les possibilités d'obtenir l'asile politique dans une autre communauté, dépendaient évidemment

totallement des rapports de force. Aussi, au-delà de l'alternative morale entre l'égoïsme et l'altruisme, ne sommes-nous donc tous pas, en tant que citoyens, confrontés à une question d'anthropologie politique. Si nous y sommes réceptifs, cette question infiltre la position clinique.

### **Liens entre position citoyenne et position clinique**

Comment face à des manœuvres ou des dérives d'homogénéisation globalisante, soutenues par le libéralisme dominant peut-on promouvoir et préserver un pluriculturalisme enrichissant ? On revient là au sens profond de l'asile : offrir un abri à plusieurs cultures à partir d'une citoyenneté multiculturelle où les cultures sont cultivées comme organisatrices et non opposées diamétralement, ce qui dans ce cas attaque la continuité. C'est en effet, de la qualité du lien avec la culture d'origine que va dépendre la « survivance » d'une instance groupale pouvant réassurer le narcissisme. Ce va et vient entre le groupe d'origine et celui de l'accueil pouvant créer une resymbolisation, qui protège de l'effondrement du lien social, risque qui court dans les expériences de migration.

À 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) ou 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'autoprotection 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, méritent d'être compris comme l'expression d'un travail de séparation qui s'amorce. À 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 l'expression d'une dépression mélancolique, pour se garder encore une fois du diagnostic.

D'une manière générale, ces prises en charge s'inscrivent dans la nécessité d'offrir des lieux d'écoute séparés des lieux d'hébergements, 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 que je préside, 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 liée à l'absence de langue commune. L'introduction d'un interprète, d'un tiers donc, s'avère alors primordiale, 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<sup>6</sup>. » La fonction clinique passe donc par la prise en compte du contexte culturel de la personne, elle doit de surcroît être attentive aux représentations de la maladie et du soin, véhiculées par ce contexte culturel.

### **Contexte culturel et historique**

En même temps, ne faut-il pas tenir compte aussi des 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 (dans le cadre de la Bosnie en particulier, les pays occidentaux peuvent être tenus pour responsables du non-respect du droit des personnes à vivre en paix dans une entité géographique où des accords ont été signés sous leur égide).

Cependant, 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. 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 est si on tient compte de l'histoire, celui par exemple de la société coloniale ou 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 implique sur un autre plan 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*, Lévinas 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<sup>7</sup>. »

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 différenciations 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. Cependant 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 (en particulier ceux de l'ouest-européen) ne sont pas ceux qui furent impliqués soit directement, soit indirectement par bénéfices secondaires, dans les processus de destructivité des pays d'origine. Avec d'autres, je pense que cette incidence pèse et qu'il y a dans la violence prôtée aux étrangers (même si elle est parfois réelle) comme un retour de la violence et de l'humiliation infligée là-bas, aussi bien dans des générations présentes que dans les précédentes ; et infligées ici, dans la mise en chômage et en assistance de population 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.

### **Le thérapeute passeur**

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 (et sont) un événement psychique et un événement culturel. Je souscris totalement à la distinction que fait René Kaës dans son article « La troisième différence », où il distingue les étrangers ayant maintenu leurs mutuelles différences et ceux s'étant abandonnés à la confusion. Il écrivait : « Il y a deux sortes d'étrangers ; ceux auxquels la culture, un code, un ordre symbolique est reconnu. Un principe, 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 déréliction<sup>8</sup>. »

Reste que pour tout étranger, assez mal accueilli par les temps qui courent, qui tente de 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 particulier en France, avec la création d'un ministère de l'Immigration, de l'intégration et de l'identité nationale). 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, ne faut-il pas accepter d'être déconstruit ou que nos théories soient déconstruites. Primo Lévi 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<sup>9</sup>. »

Pour ne pas nous retrouver égaré dans une impasse, essayons de prendre cette phrase de Primo Lévi 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*<sup>10</sup> 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 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> génération des migrants 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 du migrant.

Je rappelle l'hypothèse que je formulais au début de ce texte : 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 — déliaison, à condition d'être attentif à la dépression (d'exil) qui peut engendrer une tension génératrice d'anxiété 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 rassurer le narcissisme. Janine Altounian dont la réflexion soutient le fil de ces dernières lignes, en parle comme « 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 échoués <sup>11</sup> ». 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 familial (le nôtre, le leur ?), c'est-à-dire faire médiation pour re-symboliser. 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.

## **Conclusion**

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 Eduardo 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<sup>12</sup>».

À 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...

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 se dégage des effets de rupture, de la rencontre avec des sociétés postmodernes 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. La direction clinique du travail psychothérapeutique reste le travail d'individuation 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 particuliers? Pas tout à fait 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 re-habiter le monde, non pas comme un «chez soi», point d'orgue de la philosophie hégélienne, mais comme une sorte de «chez nous».

## Notes

1. Branko Milanovic dans une tribune du journal *Le Monde* du 12 septembre 2006, rappelle que: «la mondialisation est synonyme de libre circulation des capitaux, des marchandises, de la technologie des idées et, surtout des

personnes. Toute forme de mondialisation se limitant aux trois ou quatre premières des cinq libertés tout n'en omettant que la dernière est incomplète et précaire [...] Or la construction d'une enceinte autour du monde riche progresse à bon rythme. Les efforts pour contenir les déplacements des personnes lèvent le voile sur le point faible de la mondialisation : le fossé se creuse entre les revenus moyens des différents pays. Plutôt que de voir les pays pauvres ne prospérer plus vite que les pays riches (comme le voudrait la théorie économique), on assiste en général à la tendance inverse. Cet important déséquilibre encourage les migrations, d'autant plus que les gens sont désormais bien mieux informés qu'autrefois sur les conditions de vie dans les autres pays. Si traverser une frontière signifie qu'ils multiplieront leurs revenus et vivront mieux, alors, ils continueront à tenter leur chance. C'est pourquoi les frontières les plus agitées sont celles qui séparent les populations dont les écarts de revenus sont les plus larges. Si la mondialisation, qui a tant enrichi les pays déjà nantis, poursuivait sa course, les gouvernements devront trouver les moyens d'augmenter les revenus de façon plus équitable. Sans quoi, l'enceinte qui entoure le monde riche risque d'accroître les réactions contre la libre circulation des biens et des capitaux, ainsi que l'instabilité politique ponctuée de terrorisme. La répartition équitable des richesses mondiales par les pays aisés ne doit pas être considérée comme un acte de charité, mais de défense d'intérêts bien compris ».

2. F. Maqueda, 1998, *Carnets d'un Psy dans l'humanitaire. Paysages de l'autre*, Eres, Toulouse, Prix Psychologie 1998.
3. G. Devereux, 1967, La renonciation à l'identité, défense contre l'anéantissement, *Revue française de psychanalyse*, 2009, Petite bibliothèque Payot. Paris.
4. R. Kaës, 1987, La 3<sup>e</sup> différence, Sexe, Génération, Culture, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, Eres, Toulouse, 5-28.
5. En fait, l'exil peut provoquer une expérience traumatique cumulative. Si c'est le travail de deuil qui vient en premier lieu, il s'agit plutôt d'un deuil de la séparation que d'un deuil d'un être cher. Si la déception quant au pays d'origine prévaut, les multiples liens abandonnés sont teintés d'ambivalence. Dans l'exil, il n'y a pas de notion d'irréversibilité, car on peut toujours penser retourner vivre un jour dans son pays. En d'autres termes, peut-on penser faire le deuil d'un objet dont on sait qu'il est toujours vivant, quoique contaminé, même si partir d'un endroit, c'est en perdre la sensation, dans un vécu d'intemporalité. En fait dans l'exil, l'objet est seulement disparu et oscille entre des représentations extrêmes d'idéalisation ou de rejet d'un « enfer ».
6. S. Denis, 2004, Réfugié, psychologue, interprète. Spécificité d'un dialogue à trois, *Le Journal des psychologues*, 217, Mai, 33-34.

7. E. Lévinas, 1984, Paix et proximité, *Les cahiers de la nuit surveillée*, Verdier, Paris.
8. R. Kaës, 1987, La 3<sup>e</sup> différence, article cité.
9. P. Lévi, 1987, *Si c'est un homme*, Julliard, Paris.
10. F. Maqueda, 2008, *Rivages identitaires. Exercices de passeur*, Éditions du Journal des psychologues, Revigny sur Ornain.
11. J. Altounian, 2000, *La Survivance, Traduire le trauma collectif*, Dunod, Paris.
12. E. Gomez-Mango, 1999, *La place des mères*, Connaissance de l'inconscient, Gallimard, Paris.

## Références

- ALTOUNIAN, J., 2000, *La Survivance, Traduire le trauma collectif*, Dunod, Paris.
- DENIS, S., 2004, Réfugié, psychologue, interprète. Spécificité d'un dialogue à trois, *Le Journal des psychologues*, 217, 33-34.
- DEVEREUX, G., 1967, La renonciation à l'identité, défense contre l'anéantissement, *Revue française de psychanalyse*, 2009, Petite bibliothèque Payot, Paris.
- GOMEZ-MANGO, E., 1999, *La place des mères*. Connaissance de l'inconscient, Gallimard, Paris.
- KAËS, R., 1987, La 3<sup>e</sup> différence, Sexe, Génération, Culture, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, Eres, Toulouse, 15-28.
- LEVI, P., 1987, *Si c'est un homme*, Julliard, Paris.
- LEVINAS, E., 1984, *Paix et proximité, Les cahiers de la nuit surveillée*, Verdier, Paris.
- MAQUEDA, F., 2008, *Rivages identitaires, Exercices de passeur*, Éditions Le journal des psychologues, Revigny sur Ornain.
- MAQUEDA, F., 1998, *Carnets d'un Psy dans l'humanitaire, Paysages de l'autre*, Eres, Toulouse.
- MILANOVIC, B., 2006, L'ennemi mortel de la mondialisation, *Le Monde*, édition du 12 septembre 2006.

**ABSTRACT****Between native country and host country. Exploring the limits and difficulties in linking clinical position and citizenship concerns in the psychic care of refugee claimants ?**

Psychic care of refugee claimants, victims of extreme and intentional trauma engages a particular clinic requiring that the therapist remains vigilant to concerns of citizenship. However, the psycho-analytical contribution, when by its self insufficient, is fundamental to understand what is addressed from one subject to another, in transference and counter-transference. The presence of a cultural mediator (interpreter), far from polluting the therapeutic relation, in the contrary, enriches it, in finding a process of objectalisation. Nevertheless, if exile remains before anything subjective, one must pay particular attention to the context of immigration policies of the host country and to the context of conflict of the country of origin. Indeed, it is the quality of this psychic « to-and-fro » between the host group and the native group, a support of the re-symbolization process that protects the collapse of intra and inter-subjective links. In these conditions, the therapist occupies moreover a position of « passeur ». However, what is fundamentally addressed is the question of 'human condition'.

**RESUMEN****Entre la tierra natal y la tierra de acogida ¿Cómo explorar los límites y dificultades para vincular una posición clínica y una preocupación ciudadana en las curas psíquicas de los demandantes de asilo ?**

Las curas psíquicas procuradas a los demandantes de asilo víctimas de traumas extremos e internacionales requieren una clínica particular que necesita de la atención del terapeuta a una preocupación ciudadana. Sin embargo, el aporte psicoanalítico, cuando no es suficiente en sí mismo, es fundamental para comprender lo que se envía de un sujeto a otro, de la transferencia y contratransferencia. La presencia de un mediador cultural (intérprete), lejos de contaminar la relación terapéutica, la enriquece porque abre un proceso de “objetalización”. Sin embargo, si el exilio permanece ante todo subjetivo, se debe prestar una atención particular al contexto de las políticas de inmigración de los países de acogida y al contexto conflictual de los países de origen. Así, es la calidad del “vaivén” psíquico entre el grupo de acogida y el grupo de origen, apoyo de los procesos de resimbolización, lo que protege del derrumbamiento de los lazos intra e inter

subjetivos. En estas condiciones, el terapeuta ocupa cada vez más una posición de “pasador”. Sin embargo, será fundamentalmente una cuestión de “condición humana”.

## **RESUMO**

### **Entre a terra natal e a terra de acolhimento. Como explorar os limites e as dificuldades a relacionar uma posição clínica e uma preocupação cidadã nos cuidados psíquicos aos solicitadores de asilo ?**

Os cuidados psíquicos prestados aos solicitadores de asilo, vítimas de traumatismos extremos e intencionais, contam com uma clínica especial, que demanda ao terapeuta ser vigilante a uma preocupação cidadã. Entretanto, o caráter psicanalítico, quando não basta por si só, é fundamental para compreender o que é apropriado a uma pessoa e a outra, da transferência e da contra-transferência. A presença de um mediador cultural (intérprete), longe de poluir a relação terapêutica, pelo contrário, enriquece, visto que ela abre um processo de “objetivação”. Não obstante, se o exílio é, antes de mais nada, subjetivo, uma atenção particular deve ser dada ao contexto das políticas de imigração dos países de acolhimento e ao contexto conflituoso dos países de origem. De fato, é a qualidade do “vai e vem” psíquico entre o grupo de acolhimento e o grupo de origem de apoio dos processos de re-simbolização, que protege do desmoronamento dos elos intra e inter-subjetivos. Nessas condições, o terapeuta ocupa uma posição de “passante”. Fundamentalmente, entretanto, será questão da “condição humana”.