

Laure Wolmark

Psychologue clinicienne

Comede (Comité pour la santé des exilés)

Paris

DÉPOSSESSIONS, ACTES ET PAROLES DANS LA CLINIQUE DE L'EXIL

**«Que peut-il se passer d'effectif entre deux sujets dont l'un parle et l'autre écoute? Comment une action aussi insaisissable en ce qu'on voit et en ce qu'on touche, peut-elle atteindre aux profondeurs qu'elle présume?»
(Lacan, 2001)**

Le Comede (Comité pour la santé des exilés) accueille depuis 1979 au sein de son centre de santé des personnes vivant l'expérience de l'exil. Médecins, infirmières, psychologues, assistantes sociales, ostéopathes, agents d'accueil, écoutent, soignent, accompagnent les exilés et défendent leurs droits. Si les patients reçus au Comede ont en commun d'avoir quitté le pays dans lequel ils vivaient, ils sont aussi confrontés à la précarité sociale dans le pays d'accueil ainsi qu'à certaines formes de discriminations - liées à leur origine, leur couleur de peau, leur religion, leur statut administratif, leur langue, leur genre. Demandeurs d'asile, ils sollicitent la protection de la France et vivent dans l'incertitude de la reconnaissance d'un statut administratif. Réfugiés, ils demeurent en quête d'un lieu où s'abriter, où vivre. Atteints d'une maladie grave, ils instruisent des demandes de titre de séjour pour pouvoir se soigner en France, sont en attente de droit à une protection maladie. Arrivés depuis peu en France, ils manquent de mots pour se faire comprendre.

Cette liste s'écrit sous le signe de la privation, du manque. Inventaire de l'absence, elle ne décrit qu'une partie de la réalité. Les femmes et les hommes que nous recevons au Comede sont aussi des personnes qui ont résisté à des pouvoirs dictatoriaux, des ordres sociaux injustes, se sont battus pour leur liberté, leur survie, ont traversé des épreuves tragiques sur leur parcours, et tiennent debout.

Cependant, au moment où ils passent la porte du centre de santé du Comede et adressent une demande - de soin, d'aide -, ils se trouvent le plus souvent dans une forme de dénuement. Ce dénuement, nous pouvons l'entendre dans l'espace de la psychothérapie comme une dépossession - que je situerai au cœur de mon article.

La notion de dépossession permet d'éclairer certains aspects du transfert et du contre-transfert, et peut nous aider à penser de nouveaux modèles théorico-cliniques du soin psychique, notamment là où des frontières - théoriques, linguistiques, sociales, politiques, imaginaires - font obstacle à l'élaboration de nos pratiques.

Dépossessions

« (...) La déposition recouvre les pertes constitutives et primordiales qui conditionnent le fait que l'on soit dépossédé (ou que l'on se laisse déposséder) par un autre : on est ému par et « mu » vers l'autre ; on est accessible et affecté par la vulnérabilité de l'autre. D'un autre côté (nous ne trancherons pas pour le moment la question de savoir à quel point il s'agit d'un autre côté), être dépossédé se réfère à des processus et idéologies par lesquels des personnes sont dépouillées et rejetées dans l'abjection par des puissances normatives et normalisantes qui définissent l'intelligibilité culturelle et régulent la distribution de la vulnérabilité : la perte de sa terre ou de sa communauté ; l'appropriation de son propre corps vivant par une autre personne, comme dans les histoires d'esclavage ; la soumission à la violence militaire, impériale ou économique ; la pauvreté, les régimes sécuritaires, la subjectivation biopolitique, l'individualisme possessif libéral, la gouvernementalité néolibérale et la précarisation. » (Butler et Athanasiou, 2016, p. 9)

Déposition-s, donc, s'écrit plus justement au pluriel. Dans le couple thérapeute/patient exilé, la déposition ne se rencontre pas que du côté du patient. En effet, en tant que disponibilité à l'autre, elle apparaît comme une des conditions essentielles de l'écoute et de l'efficace de la parole du côté du thérapeute. L'« empathie » et la « neutralité bienveillante », qui pourtant décrivent des postures tout à fait différentes, voire adverses, peuvent être comprises comme des déclinaisons de cette déposition. Le sentir « avec » ou « dans l'autre » de l'empathie, comme la neutralisation de ses propres affects et représentations dans la neutralité bienveillante, nécessitent une déposition volontaire, même partielle, de soi par soi au service de l'autre. L'accueil de la singularité dans l'espace thérapeutique se fonde donc sur une forme de déposition à minima.

« De l'autre côté » de la déposition se trouveraient les patients exilés, privés du soutien des leurs, dépourvus de statuts sociaux et juridiques stables, appauvris par la perte de leurs biens, sans droit au travail, occupés à survivre dans un contexte d'extrême précarité en France, le corps et l'esprit marqués par l'empreinte de l'agresseur ou du bourreau.

Dans la clinique de l'exil, il n'est pas rare qu'à une déposition radicale en réponde une autre : les thérapeutes, *émus* par la situation de déposition extrême des personnes exilées, font alors preuve d'une disponibilité extrême. Ce « partage de la déposition », lorsqu'il est caricatural, se manifeste par la collusion de deux figures massives dans la relation de soin. À « la surenchère de figures tragiques du patient étranger » correspond une surenchère héroïque du soignant, investi d'une « mission thérapeutique » (Pestre, Baligand et Wolmark, 2016).

Cette extrême disponibilité peut être considérée comme un symptôme de la relation de soin avec les personnes exilées. Il n'est pas rare que la disponibilité à la vulnérabilité de l'autre se transforme en difficulté, pour les soignants, à fixer des limites à leur cadre d'exercice et à leur engagement : horaires extensifs de travail, implication dans des domaines multiples de la vie des patients, don d'argent, voire hébergement chez soi. Cet envahissement se transforme progressivement en

sentiments de débordement, d'impuissance, d'incapacité. Héros et victime se rencontrent pour que le sacrifice professionnel de l'un – forme de dépossession extrême – permette le sauvetage de l'autre, sa réintégration dans un espace commun. Si cette forme symptomatique de la relation thérapeutique n'est pas la règle, elle peut néanmoins s'observer chez certains professionnels exerçant dans des organisations fortement investies sur le plan de l'idéal du moi, car porteuses de valeurs morales et politiques. Elle pourrait rendre compte de certaines situations d'épuisement professionnel, même si elle ne suffit pas à expliquer leurs fréquences, ni n'épuise les mécanismes psychiques individuels et collectifs à l'œuvre.

C'est sur un autre plan, plus silencieusement, que la dépossession agit le plus communément. Le « contre-transfert préalable » (Lachal, 2006) des thérapeutes, lorsqu'ils choisissent de s'engager dans une clinique auprès des exilés, est nourri par une théorie du soin psychique. Cette théorie définit les limites de leur fonction ainsi que le cadre thérapeutique. Cependant, ces « assises » théoriques sont souvent mises à mal au cours du processus thérapeutique. Elise Pestre, dans *La Vie psychique des réfugiés* (2010), cite l'exemple des « psychologues inscrits dans une clinique psychanalytique ». Pour eux, « le travail psychothérapeutique porte sur la réalité subjective du patient. (...) la majorité des cliniciens se sent en porte-à-faux, mal à l'aise face au décalage présent entre leurs référents psychanalytiques, qui parfois négligent voire ignorent la dimension de la réalité matérielle, et leur pratique quotidienne avec les réfugiés » (Pestre, 2010, p. 213).

Et en effet, comment penser son rôle de thérapeute, faire droit à la réalité psychique, quand la précarité sociale affecte si profondément la vie qu'elle semble faire obstacle au processus psychothérapeutique ? Comment restaurer la fiabilité du rapport à l'autre pour des personnes ayant vécu des violences intentionnelles si, par ailleurs, leur parole est remise en question par les instances chargées de statuer sur la demande d'asile ? Comment alors ne pas être tenté d'agir pour le patient, dans la réalité, comme un psychologue clinicien, cité par Elise Pestre : « (...) *le plus important, c'est de dire sur le moment : "Voilà, il faut que vous fassiez ça, ça, ça" ? Et dire à quoi ils ont droit, à qui ils peuvent s'adresser, où ils peuvent aller... Parfois des consultations entières passent à ça.* » (2010, p. 205)

Ces interrogations traversent inévitablement les thérapeutes qui exercent auprès des exilés. S'en penser exempt constituerait une forme de déni de réalité. Cependant, il est peut-être possible de décaler ces questionnements en tentant d'appréhender plus précisément certaines formes de dépossession psychique.

Possessions, interpellations, dépossession

« Nous suggérons alors que l'idéologie « agit » ou « fonctionne » de telle sorte qu'elle « recrute » des sujets parmi les individus (elle les recrute tous), ou « transforme » les individus en sujets (elle les transforme tous) par cette opération très précise que nous appelons *l'interpellation*, qu'on peut se représenter sur le type même de la plus banale interpellation policière (ou non) de tous les jours : « hé, vous, là-bas ». » (Althusser, 1976, p. 111-112)

J'ai tenté de montrer lors d'une communication¹ l'importance dans la clinique de l'exil de certains phénomènes « limites ». Je me suis fondée dans cette analyse sur deux « illusions » ou « pseudo-hallucinations » fréquemment décrites par des patients sans droit au séjour reçus au Comede : l'impression *d'entendre son nom appelé*, l'impression *que l'on frappe à sa porte*.

Les thérapeutes (Nguyen, 2014) travaillant auprès des personnes exilées témoignent de la fréquente aggravation ou décompensation de syndromes psychotraumatiques après le rejet de la demande d'asile par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (Ofpra) ou la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). Lors de ces décompensations, les reviviscences traumatiques prennent parfois des formes très sévères. Les voix des bourreaux forment des menaces de mort, des insultes, et tourmentent les patients jour et nuit. Les patients savent que les bourreaux ne sont pas là, et pourtant, ils continuent d'entendre ces voix, et peinent à dire si elles sont « dans leur tête » ou dehors. À la suite de cette communication, il m'a été suggéré que ces phénomènes pourraient avoir partie liée avec la « possession » par des esprits ou par un autre malfaisant, liés à des pratiques de magie noire. On pourrait aussi faire l'hypothèse que ces voix constituent des traces encore actives de l'influence du tortionnaire (Sironi, 1999) chez des personnes ayant subi la torture.

Phénomènes de possession, donc. Cependant, le moment de leur apparition nous conduit à compléter ces hypothèses : ces phénomènes de possession se manifestent, dans un certain nombre de cas, lorsque l'individu se trouve dans un affolement subjectif, du fait de son exclusion symbolique et réelle de la société d'accueil. L'interpellation quasi-hallucinée par le bourreau, ou la voix qui appelle son nom alors qu'il n'y a personne, apparaissent là où la possibilité d'être reconnu par un autre dans la société d'accueil vient à manquer. La polysémie du terme d'interpellation est presque troublante dans ce contexte. Pour les personnes sans droit au séjour, l'angoisse de l'interpellation par les forces de l'ordre est grande, d'autant plus grande que la vie de ces personnes est menacée en cas de retour forcé dans leur pays d'origine. L'exclusion de la communauté par l'absence de reconnaissance d'un droit au séjour livre – à nouveau - le sujet à l'interpellation par l'Autre terrifiant, persécutant, qu'est le bourreau.

L'angoisse produite par l'exclusion symbolique de la communauté d'accueil constitue une angoisse massive d'effacement du sujet. Il est ainsi réduit à une condition d'individu qui ne pourrait plus qu'être interpellé au sens policier du terme, et non interpellé au sens de la reconnaissance sociale (« idéologique ») « de tous les jours », dont Althusser (1976, p. 111-112) cite notamment cet exemple : « Pour prendre un exemple hautement « concret », nous avons tous des amis qui, lorsqu'ils frappent à notre porte et que nous posons, à travers la porte fermée, la question : « qui est là ? », répondent (car « c'est évident »), « c'est moi ! ». De fait, nous reconnaissons que « c'est elle » ou « c'est lui ». Nous ouvrons la porte, et « c'est bien vrai que c'est bien elle qui est là ». »

¹ « L'exil et l'appel : de quelques phénomènes limites dans la clinique de l'exil ». *La santé mentale des migrants* : colloque de Migration Santé, 17 juin 2016, Paris. Cité des sciences.

Certains patients que nous recevons au Comede hallucinent cette scène de mutuelle reconnaissance, mais l'hallucination elle-même choisit dans un vide (il n'y a personne derrière la porte), laisse le sujet dans un sentiment d'isolement radical et lui fait craindre de devenir fou.

Les échos entre les exemples concrets de la reconnaissance chez Louis Althusser et certains symptômes apparaissant à la suite de dénis de reconnaissance donnent à penser que la « dépossession », bien qu'elle se joue sur la scène sociale, se noue à des formes de dépossession psychique. Ce sont à ces formes de dépossession que les thérapeutes peuvent faire droit, en entendant leur nouage avec le politique et le pouvoir.

De la clinique et du contre-pouvoir

Revenons au constat initial : les thérapeutes exerçant auprès des exilés, se sentent dépossédés des limites essentielles à leurs pratiques. Un trouble vient rendre leur pratique plus incertaine : qu'est-ce que le thérapeute peut faire face à des sujets dépossédés, au moins partiellement ou provisoirement, par les politiques d'État ? Qu'y a-t-il à *entendre* alors qu'il semble logiquement qu'il faille *agir* pour remédier aux situations de précarité et de privation de droit ? Comment ne pas répondre à cet appel à l'acte alors que nous pouvons être convaincus des effets délétères de la dépossession sur le plan psychique ?

Je me permettrais de citer ici l'exemple d'un de mes patients, Monsieur B., dont la demande d'asile a été rejetée. À la suite de ce rejet, il a dû quitter avec sa femme et ses deux enfants le Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (Cada) dans lequel ils vivaient depuis plus d'un an. S'en sont suivis plusieurs mois pendant lesquels la famille a été hébergée dans des hôtels pour quelques jours, ces temps de mise à l'abri alternant avec des nuits passées dans les bus ou, de manière très ponctuelle, chez des particuliers touchés par leur situation. Cet homme n'est pas francophone, et les entretiens ont eu lieu avec l'aide d'un interprète professionnel.

Pendant les mois où cette famille a été sans domicile, Monsieur B. n'a raté aucune de ses consultations. Il m'a raconté, avec force détails, la manière dont lui et sa femme se sont débrouillés pour se laver, se vêtir, manger, mais aussi les déplacements incessants pour maintenir la scolarisation des enfants. Lors de nos entretiens, il m'a décrit les contacts avec des professionnels, notamment ses échanges quotidiens avec les répondants du numéro d'urgence pour l'hébergement : *« On appelle le numéro d'urgence tous les jours. Les personnes parfois nous parlent mal, durement. Quand mon fils leur demande combien de temps cette situation va durer, elles disent : "ce n'est pas moi qui suis responsable". On n'a pas le choix. On ne répond pas des choses à quelqu'un qui vous donne dix euros. C'est bien déjà de nous donner quelque chose, une nuit ou deux. Alors, on ne peut rien dire. »*

Ces consultations étaient pour moi des moments douloureux, pendant lesquels je tentais de ne pas - trop - témoigner de mon indignation face aux conditions de vie inacceptable de cette famille, venue chercher asile en France à la suite de violences extrêmement graves dans le pays d'origine. Lorsque j'avais reçu

Monsieur B. pour la première fois, alors qu'il vivait encore au Cada, il ne sortait pas seul de chez lui, ne parvenait pas à s'occuper de ses enfants, était en proie à des crises d'angoisse massives dans les lieux vides de présence humaine. Au moment du rejet de sa demande d'asile, la plupart de ces symptômes avaient disparu. Je craignais une nouvelle décompensation si la situation durait. Des questions m'envahissaient : que faire ? Appeler moi-même le numéro d'urgence quitte à sortir de ma réserve ? Demander autour de moi si des amis ne pouvaient pas héberger cette famille ? Interpeller les pouvoirs publics² ?

Après plusieurs entretiens pendant lesquels je n'ai presque pas prononcé une phrase, tant Monsieur B. avait besoin de décrire ce qui lui arrivait, et tant j'étais mal à l'aise, j'ai fini par dire « je suis désolée de ne pas pouvoir faire plus pour vous et votre famille ». Monsieur B. m'a répondu que ce qui comptait pour lui était de savoir qu'il pouvait venir me parler deux fois par mois. « À qui pourrais-je raconter ce qui nous arrive ? Il n'y a pas d'interprète, ailleurs, et cela ne les intéresse pas. » Il a ajouté qu'il pensait que sa parole avait de la valeur pour moi, parce que je l'écoutais depuis qu'il allait mal, quand il était encore au Cada.

En tant que thérapeute, si nos assises théorico-cliniques vacillent face aux détresses des personnes exilées précarisées en France, la pierre angulaire de notre pratique demeure la place de la parole. Notre fonction est de garantir la possibilité d'une parole performative, ayant des effets sur l'autre et sur soi-même, qui incarne la valeur du lien humain.

Pour des personnes en situation de très grande précarité, soumises à des régimes de « subjectivation biopolitique » (Butler et Athanasiou, 2016), cet espace où la parole vaut pour soi n'est pas une forme dégradée d'action.

Mots incarnant la possibilité d'un lien, les paroles échangées avec la thérapeute participent à construire l'appartenance symbolique à une communauté d'accueil, au-delà d'une appartenance identitaire. Conçus comme mots précieux, donnés (Métraux, 2006), ils produisent une réappropriation de soi pour des personnes soumises à des formes multiples de dépossessions. Dans ce contexte, l'espace de la thérapie doit être compris comme un lieu de contre-pouvoir psychique. L'acte de parole au sein des consultations avec les exilés a des ramifications micro-politiques multiples. Il est, en soi, une forme de refus des ordres sociaux d'exclusion et de domination, puisqu'il postule l'efficacité de la parole de personnes par ailleurs réduites à des formes d'impuissance et d'inexistence. Le « partage de la dépossession » entre thérapeutes et patients n'est plus alors une démarcation mais une proximité – l'impuissance ressentie des thérapeutes à aider leurs patients se muant en pouvoir d'entendre ce qui est par ailleurs inouï.

Les actes de parole dans la relation de soin ne peuvent pas être pensés isolément de la situation d'existence des sujets – qui inclut la manière dont le politique agit sur leur vie. Ces actes ne sont pas non plus extérieurs au rapport du thérapeute et de son institution au politique. En effet, la conception micro-politique de l'acte de parole au sein de l'espace psychothérapeutique ne devrait pas avoir pour conséquence la renonciation à des formes d'actions qui promeuvent, à un niveau plus

² Je précise que cette famille bénéficiait déjà d'un suivi social au sein du Comede, et qu'un grand nombre de patients suivis au Comede, femmes et hommes isolés ou en famille, connaissent à un moment de leur parcours d'exil cette situation.

global, les droits des exilés. La prise en charge par l'institution des aspects macropolitiques liés à la clinique est une des conditions de «dégagement» psychique des soignants par rapport à la nécessité d'agir dans le champ social. Les actions de plaider pour l'accueil des étrangers, de lutte contre les inégalités sociales de santé, de reconnaissance du droit d'asile et du droit au séjour des étrangers gravement malades constituent les conditions de possibilité d'une transformation sociale et politique, qui, tout en soutenant l'engagement clinique des soignants, le dépasse.

BIBLIOGRAPHIE

Althusser, L. (1976). *Positions*. Éditions sociales.

Butler, J. et Athanasiou, A. (2016). *Dépossession* (traduit par C. Nordmann). Bienne-Berlin : Diaphanes.

Lacan, J. (2001). *Autres écrits*. Paris : Le Seuil.

Lachal, C. (2006). *Le partage du traumatisme : contre-transferts avec les patients traumatisés*. Grenoble : La pensée sauvage.

Métraux, J.-C. (2013). *La migration comme métaphore* (2^e édition). Paris : La Dispute.

Nguyen, A. (2014). L'agonie administrative des exilés : une clinique de l'asile. *L'Autre*, 15(2).

Pestre, E. (2010). *La vie psychique des réfugiés*. Paris : Payot.

Pestre, E., Baligand, P. et Wolmark, L. (2016). Ségrégations à l'hôpital, de quelques figures de l'étrange dans la relation de soin. *Cliniques méditerranéennes*, (94), 51-67.

Sironi, F. (1999). *Bourreaux et victimes : psychologie de la torture*. Paris : Odile Jacob.