

Gaïa Barbieri

Psychologue clinicienne
 Doctorante au Centre de recherches en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC)
 Université Lyon 2
 Lyon

Rester soignant en contexte humanitaire

Le caractère humanitaire du travail auprès des populations méinscrites¹ – dont les « migrants » sont une catégorie – est la norme en Italie, où l'Église catholique a traditionnellement rempli cette fonction en palliant un vide historique de l'État et en imposant un modèle de gestion de la misère inspiré par un idéal de « charité ». Selon ce modèle, les pratiques d'aide consacrées aux sujets assignés aux marges du *socius* sont une question morale, privée. Le bénévolat, le don, l'urgence et l'exceptionnalité définissent la relation d'aide avec les sujets précaires : une relation précaire.

A contrario, en France, l'organisation publique des réponses à l'exclusion sociale relève d'un traitement politico-institutionnel cohérent avec l'« État-providence ». Des dispositifs tels que les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et les équipes mobiles de psychiatrie et précarité (EMPP), rattachées aux hôpitaux publics, matérialisent une volonté politique – et donc *non humanitaire, non exceptionnelle, non aléatoire* – de penser et soutenir le travail des cliniciens aux prises avec les sujets précaires. L'institutionnalisation du traitement de la souffrance psychosociale inscrit cette dernière dans l'espace public, désamorçant le modèle « charitable », au profit du « comme un » qui devrait définir le droit. Mais, à l'époque de la *doxa* néolibérale, l'État-providence n'est plus d'actualité. J'ai pu observer en prise directe, pour ainsi dire, les effets de ce changement de paradigme, dans le cadre d'un stage de psychologie clinique auprès d'une EMPP rhônalpine. Je venais à peine de commencer ma pratique institutionnelle que j'entendais déjà mes collègues se demander tristement : « *Sommes-nous dans le soin ou sommes-nous dans l'humanitaire ?* »

Un tel questionnement concernait des contextes où ils intervenaient régulièrement, les hébergements consacrés aux demandeurs d'asile. Le sous-effectif chronique du personnel, le manque de locaux pour mener les entretiens cliniques, la difficulté d'échanger avec les travailleurs sociaux et d'autres difficultés de la sorte étaient interprétés par les cliniciens de l'EMPP comme les symptômes institutionnels d'une fin de non-recevoir strictement politique. La situation était spécialement grave dans un dispositif d'accueil d'urgence pour des personnes déboutées du droit d'asile. Après un certain nombre d'entretiens cliniques menés dans des chambres minuscules et surpeuplées, sans pouvoir ne proposer rien de mieux que la voiture de service en guise de cadre confidentiel, suite à de longues attentes devant le portail fermé du bâtiment, sur fond de chaos institutionnel, mes collègues décidèrent de suspendre leurs interventions. Ce choix douloureux voulait marquer une prise de position à la fois clinique et politique. Accepter silencieusement de « rentrer

dans l'humanitaire » signifierait, d'une part, faire mal un métier qui n'est pas le sien et, d'autre part, consentir à ce que les patients dont on se soucie soient exclus de certains droits fondamentaux. En même temps, en faisant le choix d'interrompre l'intervention clinique, on fait vivre aux sujets accompagnés une nouvelle forme d'abandon.

Lorsqu'on s'engage dans une pratique clinique aux prises avec la souffrance psychosociale, il est impossible de se dédouaner de ce dilemme. Il s'agit, ici, de travailler sur une pente glissante, où il est toujours possible de passer du « soin » à l'« humanitaire ». L'enjeu serait alors de pouvoir penser ce glissement, pour éviter de l'agir automatiquement, et pour trouver-crée des praxis à même de préserver une possibilité de rester soignants, au cœur d'un contexte humanitaire.

Pendant un an et demi, je suis intervenue auprès de deux squats dans la métropole lyonnaise, ouverts par deux collectifs militants afin de mener avec les personnes exilées une lutte pour leurs droits en France, tout d'abord le droit au logement. Avec d'autres soignants bénévoles, nous avons mis en place des permanences d'écoute et soutien psychologique auprès de ces deux lieux de vie. Dans ces zones de mise au ban², la seule modalité d'accompagnement clinique qui tienne la route est une prise en charge groupale : afin d'accueillir *a minima* un individu exilé, il faut travailler à plusieurs, l'investissement d'un sujet par plus qu'un autre étant la première brèche à ouvrir dans la frontière symbolique qui le sépare de l'espace de la *pòlis*. Pour mettre en place et préserver quelque chose comme un lieu de soin – un refuge dans le refuge, condition nécessaire, mais non suffisante pour que le squat devienne un lieu psychologiquement habitable –, il est impossible de faire l'économie d'une équipe de cliniciens, qui doivent à leur tour pouvoir s'étayer sur d'autres groupalités, leurs appartenances et alliances institutionnelles respectives. L'accueil des sujets exilés se joue, en somme, autour d'un questionnement dont la réponse est toujours à construire collectivement : *qu'est-ce qui fait institution ?* Toute la difficulté réside ici, *institution* étant précisément le nom de ce qui manque, de ce qui échappe, de ce qui n'arrête pas de se défaire, malgré les intentions conscientes des acteurs impliqués, dans une zone de non-droit. Ici, le travail clinique se construit autour d'une tension entre les *modalités humanitaires* de sa mise en place et la *dimension politique* qu'il implique nécessairement. Ici, les cliniciens prennent au sérieux un élément fondamental de leur pratique, l'esprit critique, qui devient dans ce cadre une forme de critique politique, une attitude minoritaire. Cette posture dissidente, certes dure et inconfortable, est précieuse lorsqu'on se soucie de rester soignants en contexte humanitaire. ▶

¹ Henri, A.-N. (2004). Esquisse d'une saga. Dans P. Mercader et A.-N. Henri (dir.), *La formation en psychologie : Filiation bâtarde, transmission troublée*. Lyon : PUL, 19-48; Henri, A.-N. (2009). Le secret de famille et l'enfant improbable. Dans P. Mercader et A.-N. Henri (dir.), *La formation en psychologie : Filiation bâtarde, transmission troublée*. Lyon : PUL, 193-303.

² Par cette expression, le philosophe Giorgio Agamben (2005) décrit une situation d'abandon institutionnel extrême, dans le cadre de ce qu'il appelle « état d'exception ».