

● ● ● Pour un engagement professionnel et citoyen

Claire Mestre

Médecin et anthropologue, Présidente de l'association Mana, CHU de Bordeaux, 91, cours d'Albret, 33 000 Bordeaux, Chercheur et enseignante à l'université de Bordeaux 2, UMR 5185

Notre équipe⁽¹⁾ accueille des migrants pour des soins psychothérapeutiques depuis plus d'une décennie. Nous avons été ainsi amenés à recevoir des demandeurs d'asile. A la suite des contacts avec les premiers d'entre eux, frappés par la difficulté de leur parcours, l'intensité de leur douleur, et la multiplicité des enjeux, nous avons entamé une réflexion qui a abouti sur un choix et un engagement, celui de les accueillir et de les soigner. Cette décision a entraîné plusieurs actions : une formation auprès de professionnels aguerris à ces questions, la mise en place d'un cadre de soin tenant compte d'une clinique complexe : celle du traumatisme et de l'attente (Lemaire I., 2005, pp. 375-384), en plus de celle de l'exil, la formation d'un réseau de partenaires, mais aussi la tenue d'une réflexion qui place ce soin dans un engagement professionnel et citoyen.

1. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire rassemblant des psychologues, des anthropologues, sociologues, et des interprètes-médiateurs. Cette équipe est hospitalière et associative.

2. Des œuvres de nos patients demandeurs d'asile ont illustré le N° 20 de Rhizome, septembre 2005.

3. Le soin ne s'arrête évidemment pas à la réponse positive ou négative de la demande d'asile. Il se prolonge aussi longtemps que nécessaire.

Le cadre des soins

La consultation de médecine transculturelle dont je suis responsable accueille des personnes migrantes pour lesquelles le cadre tient compte des données suivantes : la langue, la situation migratoire et les références culturelles. Ainsi, chaque demande fait l'objet d'une évaluation en fonction d'indications précises selon des critères incluant le degré de maîtrise de la langue française, la nécessité de comprendre le trajet migratoire et le matériel culturel. L'arrivée de demandeurs d'asile nous a contraints à élargir nos indications dans la mesure où il existe très peu de lieux de soin psychothérapeutique d'accès facile travaillant avec des interprètes-médiateurs, et de remboursement aisé. Outre une clinique

du traumatisme et la prise en compte éventuelle de matériel culturel auxquels nous avons appris à nous familiariser, nous nous sommes heurtés à diverses données pour lesquelles il a fallu faire preuve de réflexion commune, d'adaptation voire de créativité. Actuellement, la longue et difficile attente que connaissent tous les demandeurs d'asile nous a fait imaginer un atelier de peinture animé par une artiste peintre⁽²⁾ : elle propose des techniques simples de peinture et de collage qui permettent à chacun de retrouver au fond de soi les potentialités créatrices abrasées par l'attente et son issue aléatoire. Une psychomotricienne bénévole s'emploie aussi à proposer à certains des retrouvailles médiatisées avec leur corps abîmé par l'humiliation et l'extrême violence.

Ainsi, les soins apportés aux demandeurs d'asile s'inscrivent toujours dans un temps potentiellement long⁽³⁾ ponctué de plusieurs temporalités : celle de la parole et parfois de la prescription, du faire et du sentir, chacun occupant une place distincte dans sa fonction dans un même lieu, médecin, psychologues et psychomotricienne, co-thérapeutes et artiste peintre animateur. Ce cadre de soin contient aussi en son sein des valeurs et des exigences communes : celle d'une réflexivité nécessaire sur notre travail et les questions soulevées quotidiennement par nos patients. Je développerai ainsi deux de ces exigences : l'implication et l'analyse du transfert et du contre transfert.

Tous ceux qui ont pu écrire sur le travail psychothérapeutique auprès des demandeurs d'asile le disent : cette expérience n'est pas anodine, elle engage le clinicien dans une écoute et une position (psychique et physique) à la fois vigilante, prudente, empathique, bien loin d'être neutres. Et cela dès le début de la rencontre et je dirai surtout au début. Divers ingrédients seront nécessaires pour que s'instaure une alliance thérapeutique qui ne va pas toujours de soi. J'ai coutume de penser et de dire que la demande de soin, celle au nom de laquelle le patient accepte d'entamer une démarche psychothérapeutique, se construit et parfois dans l'hésitation avant de se concrétiser. Avant de développer l'analyse obligatoire d'un transfert et d'un contre transfert qui s'expriment dans des ressentis, des

pensées, des actes voire des rêves parfois bruyants, je voudrais penser cette relation dans un engagement politique et social.

Dans nos consultations, les demandes des demandeurs d'asile sont souvent le fait de douleurs psychiques faites de traumatismes, de pertes incommensurables, et d'attentes qui plongent dans le désespoir. Nous sommes aussi soumis à la violence des récits, à l'injustice des traitements et au désir secret que nos patients puissent trouver une issue favorable.

Par engagement politique ⁽⁴⁾, j'entends une posture face à l'horrible, l'indicible qu'ont pu rencontrer les patients, qui, pour certains, ont vécu la guerre ou des conflits, un génocide, les menaces et attaques d'un Etat ou d'un groupe, avec des effractions psychiques et physiques gravissimes où s'est profilée la mort. Cette posture engage de ma part la reconstruction d'un monde commun, où est possible la reconnaissance du semblable et le partage d'une expérience, d'affects, d'émotions. L'enjeu est de pouvoir créer un récit comme forme possible de l'expérience indicible qui a été traversée.

Il s'agit au préalable de ne pas négliger les contextes dans lesquels les personnes ont subi des traumatismes. Cela suppose en tant que citoyen, une position active pour s'informer et s'intéresser aux soubresauts du monde. Sur le plan clinique, entendre l'histoire collective (voire la connaître) permet ainsi de réinscrire dans une plus juste mesure un événement et d'en mieux mesurer la portée psychique. L'histoire collective ce peut-être l'existence d'enrôlement d'enfants soldats, l'existence d'une guerre civile qui brise les liens les plus familiers, l'appartenance à une ethnie persécutée ou à un parti politique, etc. Tout ignorer d'un conflit ou d'une situation politique amène aussi le patient à devoir faire des efforts importants d'explications, toujours difficiles et parfois impossibles pour les plus jeunes. Et puis, à trop questionner on fait glisser un entretien du côté de l'interrogatoire ou de l'agression, qui nuit à l'élaboration du récit.

J'entends aussi par engagement politique et social, une interrogation sur les conditions d'hospitalité des demandeurs d'asile en France. En effet, la

France a durci ses conditions d'accueil des étrangers et les médias se font le relais d'un projet politique selon lequel il faudrait contrôler l'immigration clandestine de façon draconienne au risque d'être envahi par une horde de miséreux prêts à tout, même à mourir. Il ne m'appartient ici d'analyser la politique de migration de la France mais de me positionner dans un débat démocratique dont dépend la place de l'étranger chez nous, l'hospitalité qu'on lui offre, le droit universel d'être soigné et celui d'être accueilli au nom du respect de la convention de Genève. Les professionnels qui accueillent les demandeurs d'asile connaissent bien les effets d'une telle politique : les débouchements de plus en plus nombreux ne font des demandeurs d'asile que des exilés fuyant les conditions économiques catastrophiques de leur pays, des personnes devant lesquelles il faut avant tout tenir une attitude de suspicion. Confrontés à une réalité qui contredit ces supposés, elle plonge les professionnels dans des sentiments de perplexité et de doute, qui les mettent dans des positions parfois intenable. Les demandeurs d'asile s'efforcent eux de s'extraire de ces préjugés réducteurs aux yeux de leurs interlocuteurs, et oscillent fréquemment dans leur position entre colère et résignation.

Ma position d'engagement, je l'incarne dans ma posture de soignante, dans un cadre que je souhaite accueillant et respectueux, par des actes aussi, comme par exemple la réalisation de certificats médicaux⁽⁵⁾. Soignante, je me définis aussi comme un témoin. Mais il n'empêche que, malgré les bonnes intentions explicites, nous sommes pris à notre insu dans des projections mutuelles qui n'échappent pas à l'atmosphère exécrationnelle de l'inhospitalité. En tant que médecin, je suis, de la part de mes patients demandeurs d'asile, au centre d'un transfert, selon lequel, je suis également une représentante de la société qui les reçoit, et cela, quelle que soit mon intention de m'en extraire. Pendant les premières consultations, les demandeurs d'asile éprouvent ainsi (de façon non volontaire) nos capacités d'écoute, de reconnaissance et d'hospitalité. Certains insistent sur l'authenticité de leur histoire, ou réagissent à ce qu'ils interprètent comme un doute, d'autres ont des mouvements de retrait

4. Je me réfère au très beau texte de Myriam Revault d'Allonnes (2002, pp. 169-200), dont la réflexion philosophique est précieuse pour le thérapeute que je suis.

5. Pour ma part, je suis de plus en plus sollicitée par des demandes de certificats médicaux dans le but d'obtenir l'autorisation d'un séjour pour soin. L'établissement d'un certificat médical est un geste important, qui allie également ma position de soignante, de témoin et de citoyenne impliquée. Ceci nécessiterait un plus long développement.

incompréhensibles. C'est ainsi, et il vaut mieux repérer rapidement ce transfert que j'appellerai transfert social.

Transfert...

L'alliance thérapeutique est le préalable du soin psychothérapeutique. Tout travail thérapeutique comporte deux composantes : le transfert et la relation⁶. La qualité de la relation va dépendre de l'investissement par le patient de la personne du thérapeute, investissement qui doit être confiant. Celui-ci va dépendre d'éléments subjectifs réciproques fait de la tonalité de l'accueil, d'éléments perçus par le patient parfois discrets comme le ton de la voix, les mouvements corporels, etc.

Or, si de façon habituelle, le médecin ou le psychothérapeute est implicitement porteur de qualités suscitant la sympathie et la confiance pour le patient, il en est tout autrement avec certains demandeurs d'asile qui ont vécu des effractions telles qu'elles ont entamé cette capacité fondamentale de confiance interhumaine. Or la mise en place de cette relation est importante pour de tels sujets, et à mon sens, elle va au-delà du ton de la voix, de l'attitude compréhensive ; elle inclut une position clarifiée du thérapeute qui « partage à la fois quelque chose de la situation traumatogène et une opinion commune sur l'intentionnalité de l'agresseur » (Maqueda, 2005, pp. 111-124). C'est une exigence première, car le thérapeute retisse dans ce mouvement cette capacité de confiance. Il me semble également indispensable que le thérapeute puisse expliciter son sens de l'hospitalité parfois par une aide : ce peut être un coup de téléphone à une assistante sociale ou un intérêt pour la situation que vit la personne comme l'absence de logement. Cette relation je la nomme *transfert social* car ce qui est transféré c'est la potentialité d'une relation humaine sociale confiante, sur laquelle pourra se dérouler le transfert au sens psychanalytique classique du terme.

Deux exemples cliniques me permettront d'illustrer mon propos :

L'équipe reçoit pour la première fois une famille russe issue du Caucase en présence d'une interprète russe : le père, la mère, un adolescent qui est

au centre des inquiétudes de l'ensemble du groupe, et une petite fille de deux ans née dans l'exil. Le père et la mère racontent avec une grande souffrance comment ils ont été forcés de partir de Suède où ils avaient demandé l'asile politique, « *déportés* » d'après leurs propres mots, car on n'y avait pas cru ni reconnu leur persécution. Le père raconte dans un récit emprunt de colère, interrompu par des mouvements brusques de va et vient dans la pièce, comment son fils apprenant le refus des autorités suédoises avait tenté de se suicider par trois fois. A ma question « *Comment avez-vous interprété ce geste ?* », il répond avec agitation et mécontentement que ma question est stupide, ce qui m'oblige à demander à l'interprète comment elle avait traduit mon interrogation. Elle avait demandé : « *Qu'est ce que vous avez fait ?* », infléchissant ainsi le sens de mon intention, mais introduisant surtout aux yeux de ce père désemparé la dose de mépris et de suspicion qu'il avait ressentie de la part des autorités et des médecins suédois. Dans la bouche de cet homme, ils avaient en effet agi avec désinvolture, interprétant les gestes désespérés du jeune comme de la manipulation. Ceci avait ranimé l'immense culpabilité paternelle d'avoir fait fuir sa famille avec lui et son impuissance douloureuse de ne pas pouvoir la protéger. Je conclus la consultation en légitimant sa colère à l'encontre de médecins l'ayant gravement offensé, lui et sa famille. La stratégie initiale de l'équipe sera donc de gérer d'un même mouvement l'urgence pour ce jeune très déprimé, et la mise en place et la préservation d'une alliance avec les parents, au risque de les voir rompre précipitamment la relation. Cette alliance est pour nous faite de reconnaissance, reconnaissance de l'autre, de sa souffrance mais aussi de ce qu'il peut dire de son humiliation et de la violence exercée sur lui.

Je parlerai aussi de Mustapha, tchadien, 24 ans, qui est adressé à la consultation à la suite d'une perte de poids importante faisant partie d'un syndrome dépressif. Mustapha nous raconte au cours d'une première consultation en langue arabe, comment, né en Arabie Saoudite, il arrive à l'âge de 17 ans dans son pays d'origine le Tchad. Il découvre

6. Je me réfère à un article Catherine Parat (1982) qui analyse cette différence dans l'analyse.

avec révolte les conflits interethniques, la brutalité du gouvernement et décide sans hésitation de se lancer dans l'opposition, aidé de son frère aîné déjà en exil. La suite sera catastrophique : il sera plusieurs fois arrêté, torturé et n'échappera à l'enfermement que grâce à la mobilisation de sa famille. Il est relâché en échange de la promesse de quitter le pays. Il conclut : « *Je n'ai pas de place dans le monde, ni en Arabie Saoudite, ni au Tchad, ni en France* ». Mustapha qui habite dans un foyer, hésite à commencer un suivi psychothérapeutique, il est inquiet : « *Le Ministère français renvoie les réfugiés politiques dans leur pays et ça me préoccupe. Au foyer, il y a plusieurs personnes comme moi. A la télé, on a montré des contrôles de papiers et tout le monde dans la salle de télé s'est retourné vers moi, j'aurais voulu que la terre s'ouvre et m'avale. Je ne suis plus revenu à la salle de télé. Je me sens étranger dans le bus et dans la rue* ». Puis, « *c'est étrange que la France qui se déclare terre des Droits de l'Homme... et qui a colonisé l'Afrique se comporte comme cela* ». Et comme pour manifester sa colère il se lève et dit « *Je veux partir, je n'ai rien à dire* ». Je le retiens alors, j'affirme comprendre sa colère et son désarroi, l'ensemble des membres du groupe met des mots sur son ressenti violent de rejet. Il quitte la consultation en disant : « *je ne déteste pas les Français mais j'ai de la haine à l'égard de la politique française* ».

La consultation suivante, il arrive avec un rêve : « *J'étais en prison en France. Un soldat était là et je lui ai demandé pourquoi j'étais dans ce lieu. Il m'a dit : 'Vous vous êtes mêlé de la politique française'.*

- Qui vous a dit ça ?
- C'est le Dr Mestre !

Le Dr Mestre arrive (dans le rêve) et confirme : « *c'est moi qui leur ai dit* » et j'ai répondu : « *je ne peux pas imaginer que vous fassiez cela* » et je me suis réveillé ».

Remarquable mise en place d'un transfert pour le moins ambivalent !! Le rêve, au delà d'un sens plus intime, avait mis en forme « une antinomie insoluble, une antinomie non dialectisable » entre d'une part *La loi de l'hospitalité*, celle *inconditionnelle*, qui accueille sans préjuger de l'autre, de son identité et de son statut, et *les lois de l'hospitalité* telles qu'el-

les sont définies par notre société et notre Etat (Derrida, 1997). Cette antinomie s'est rejouée dans le transfert : l'étranger soumis aux lois inhospitalières de notre société peut-il être accueilli quelques soient son histoire, son nom ? Quelques jours plus tard, je reçois une lettre écrite en arabe : Mustapha écrit : « *J'ai décidé de vous écrire ces lignes pour vous exprimer ce que je ressens... qui est de l'ordre de l'amour, du respect et de la reconnaissance pour vous. Je voulais vous assurer aussi que ce que vous faites n'est pas sans importance... j'ai commencé à ressentir un certain changement... Je ressens une nouvelle force qui est en train de se créer en mon intérieur... j'ai l'espoir et le sentiment que je resterai debout et un jour je serai une personne utile...* ». Antinomie « non dialectisable » et pourtant pas insurmontable ! L'hospitalité serait bien le ressort et la condition d'une relation thérapeutique...



Et contre transfert

L'écoute des récits des patients demandeurs d'asile et leurs attitudes provoquent aussi chez les thérapeutes un ensemble de réactions, le contre transfert. On peut ressentir des émotions violentes qui vont du partage de la terreur au dégoût le plus profond. A l'inverse certains récits nous laissent de marbre. Des thérapeutes ont aussi témoigné de la

position très inconfortable auquel l'assigne le patient qui a été torturé (Sironi F., 1992, pp. 459-464).

L'analyse du contre transfert permet d'enrichir la clinique. Lorsque par exemple, l'un d'entre nous à l'issue d'un entretien émet un doute sur l'authenticité d'un propos ou d'une histoire, nous nous efforçons dans un premier temps d'examiner s'il ne s'agit pas de l'expression d'une défense psychologique mobilisée par un récit traumatique. De même, un récit très désaffectivé qui induit l'ennui alors qu'il foisonne de descriptions épouvantables n'est pas forcément le signe d'une inauthenticité mais d'un processus psychique actif de déliaison. Nous pouvons aussi être amenés à nous interroger sur les stratégies utilisées par nos patients pour se donner les moyens d'atteindre le statut de réfugié politique... stratégies où le mensonge peut être utilisé à la rescousse d'une vérité... On peut également se sentir consciemment dans une empathie profonde avec son patient et pourtant des signes infimes indiquent que nos capacités de tolérance peuvent aussi être débordées : ainsi un membre du groupe peut faire part d'un rêve qui rend compte d'une effraction, d'une limite à accepter l'altérité radicale de l'autre souffrant. Le travail psychothérapeutique en groupe rend en cela la gestion contradictoire de nos mouvements plus facile.

Mais je voudrais aussi témoigner d'un contre transfert plus général, compris dans le sens large défini par Georges Devereux (1980), celui que j'appellerai en symétrie du transfert social le contre transfert social du thérapeute. Il pourrait se définir comme répondant à l'ensemble des déformations suscitées par les questions suivantes : qu'est ce que je ressens comme citoyenne du monde et de ma société de la situation vécue par mon patient, de la façon dont il peut être accueilli, quand l'Etat français

ne reconnaît pas sa persécution, comment accepter que certains vivent dans une grande misère matérielle... ?

Le thérapeute est ainsi le témoin des conditions inhospitalières voire inacceptables qu'inflige notre société à l'égard des demandeurs d'asile, qui est en contradiction complète avec l'effort de reconnaissance et d'humanité qu'il défend. Il peut trouver illogique et injuste un refus de demande d'asile. Il faut là aussi être capable de reconnaître cette souffrance, cette lutte contre l'angoisse qui non explicitée nous encombre et nous expose à la culpabilité et à la résignation. Il faut reconnaître qu'on peut être affecté et chercher une aide : travail de groupe comme nous le faisons mais aussi le travail de régulation avec un tiers. Il n'y a pas forcément de réponse évidente à l'analyse de ce contre transfert. Le risque cependant de ne pas l'expliciter est de développer des conduites d'évitement ou de découragement, ou bien de froideur et d'indifférence, ou bien encore des agir et des prises de positions irréfléchis qui gauchissent notre travail. Il s'agit de maintenir coûte que coûte l'authenticité d'une relation d'aide et le travail psychique, et ce même et surtout quand les réalités extérieures les ébranlent : passage à l'OFPRA, réponse négative définitive de la demande d'asile, mauvaises nouvelles du pays, conditions de vie très précaires...

L'accueil d'un demandeur d'asile se doit d'être vigilant pour créer l'espace d'une véritable hospitalité. La relation thérapeutique, qui inclut la reconnaissance de l'autre et le partage possible d'une expérience, peut être vigoureusement confrontée aux aléas du transfert et du contre transfert et ébranlée par la réalité extérieure. Se laisser affecter tout en tenant le cap de la relation de soin psychothérapeutique peut ainsi être une épreuve.

