

Clinique de la Mondialité : vers une géohistoire de la rencontre clinique

« Agis dans ton lieu, pense avec le monde » E. Glissant, 2005.
Le Monde entier se déplace, déménage. Ces déplacements et déménagements de populations sont à la fois source d'angoisse et de créativité. Ils suscitent le renforcement des frontières nationales, institutionnelles, familiales et des frontières intimes, moins visibles. Ils offrent en même temps des possibilités d'ouverture sur sa propre altérité et celle de l'autre. Des autres.

• Daniel Derivois
Maître de conférences en psychologie, Psychologue clinicien. Centre de Recherche en Psychologie et Psychopathologie Clinique (CRPPC) – Université Lyon 2.

Nous sommes tous concernés, nationaux et étrangers, citoyens d'un pays et citoyens du monde, « patients », « usagers » et professionnels de tous milieux confrontés aux mutations sociales, culturelles, politiques, géopolitiques, aux changements sociétaux qui influent sur notre perception de l'autre, de nous-mêmes et du monde. Un monde qui, par sa diversité et son étrangeté, attire autant qu'il fait peur. Un monde en danger. Un monde dangereux. Qui appelle à la créativité !

Que peuvent les professionnels du social qui accueillent, encadrent, accompagnent des enfants, adolescents fragilisés et qui, de par leurs profils « en danger » et/ou « dangereux », migrants/de migrants, participent malgré eux à la figuration des symptômes d'ordre mondial ? Une proposition, parmi d'autres : prendre conscience de la *géohistoire de la rencontre clinique* afin d'adapter sa *posture professionnelle*. Dans la géohistoire, il est question de l'intrication du temps et de l'espace. Quant à la posture, elle appelle au dépassement/décentration de soi dans le temps et dans l'espace pour penser la complexité de la rencontre.

Le chantier de la géohistoire de la rencontre clinique est immense. Dans le cadre de cet écrit, je poursuis trois objectifs : attirer l'attention sur certains enjeux de la rencontre clinique dans le contexte de la mondialisation ; proposer des pistes pour l'analyse des postures professionnelles et esquisser un modèle global pour une intervention efficace auprès des enfants et adolescents « tout venant » et ceux dits « venus d'ailleurs » fragilisés dans l'environnement-monde d'aujourd'hui. Cette réflexion se veut

théorique, épistémologique. Cependant, les idées proposées ici trouvent des échos sur les terrains professionnels.

Dans un premier temps, je soulignerai certains enjeux cliniques de la mondialisation. J'esquisserai ensuite ce que j'entends par géohistoire de la rencontre clinique. Dans un troisième temps la présentation des principaux éléments du modèle de la « Clinique de la Mondialité » nous permettra de montrer la complexité du cadre global dans lequel s'inscrit cette démarche. La Clinique de la Mondialité est un modèle en construction qui ambitionne de couvrir diverses problématiques sociétales, institutionnelles, mondiales. Sa construction se fait par étapes, par sa mise à l'épreuve de situations singulières, particulières qui résistent aux approches classiques de la psychologie.

Quelques enjeux cliniques de la mondialisation

La circulation des personnes, des groupes (familiaux, sociaux, etc.) et des idées dans les espaces géographiques nous pousse à considérer différemment la subjectivité. Dans la « culture » dite occidentale, tout individu est appelé à se subjectiver, à répondre au nom de lui-même, à dire « je », à penser sa place parmi les autres. La subjectivité a donc une histoire avec un petit « h », l'histoire du sujet singulier. Cependant elle a aussi une Histoire avec un grand « H ». Une Histoire qui va au-delà de la durée de vie d'une personne singulière et qui s'étale sur « le temps long », la « longue durée » des phénomènes, des événements et des processus sous-jacents (Braudel, 1969). Ce temps est à la fois chronologique – avant, pendant, après

– et psychique, actuel et actualisé. Le temps de l'inconscient. Il véhicule des mouvements divers, parfois contradictoires, paradoxaux depuis la nuit des temps. Ainsi en est-il du temps de la mondialisation.

La mondialisation est rapport de forces, guerre de territoires géographiques, politiques et financiers. Elle suit une logique économique et financière où règne la loi du plus fort. Cette logique influence le financement du travail social, la conception de nos formations ainsi que nos postures. Elle met en évidence la confrontation de plusieurs perceptions du monde, de sa place dans le monde. Les métathéories du monde distribuent leurs effets sur les Etats-nations, les institutions et jusque dans les relations professionnelles. Les relations professionnelles sont cadrées par des théories explicites et implicites : théories du soin, théories de la prise en charge, théories de soi et de l'autre. Ces petites théories s'inscrivent dans les grandes, les métathéories. La prise en charge d'un enfant ou d'un adolescent dans le monde actuel se fait souvent dans un rapport de force où s'affrontent théorie du professionnel, de son institution de rattachement, du contexte social de la rencontre et théorie de l'enfant, relais partiel de celle des familles, sur plusieurs générations. En effet, sur le plan clinique des prises en charges, la mondialisation fait encourir le risque de « maltraitance théorique » (Sironi, 2007). « J'appelle maltraitance théorique, dit l'auteur, une maltraitance induite par les théories, les pratiques et les dispositifs thérapeutiques inadéquats ». Par exemple, des phrases du genre « c'est pour ton bien », « il faut qu'il s'intègre », « qu'il respecte les règles de chez nous », « qu'il parle français comme tout le monde » peuvent témoigner de cette forme de maltraitance, de même que certaines attitudes et comportements subtils de la part des professionnels et des institutions : rejet, mépris, silence, etc.

La mondialisation suscite des tensions interculturelles et soulève des problématiques identitaires. Les revendications identitaires, les communautarismes, les essentialismes que relatent les médias illustrent bien sur la scène publique ce qui s'agite dans les familles, les institutions, entre les nations mais aussi dans la psyché de chaque individu aux prises avec l'altérité.

Enfin la mondialisation pose l'épineuse question

du dialogue interculturel, où, comment penser ce dialogue? Entre deux personnes ou au sein d'une même personne? Nous faisons l'hypothèse qu'avant sa manifestation dans l'espace externe, les conditions de possibilité de ce dialogue sont d'abord travaillées dans l'espace interne. De même, ce qu'on va appeler « choc de cultures » (Camillieri, 1989) ou « choc des civilisations » (Huntington, 1996) est d'abord un choc interne, un choc dans le monde interne que la géohistoire de la rencontre permet d'élaborer.



Géohistoire de la rencontre clinique

La rencontre clinique est une rencontre d'au moins deux subjectivités, de deux histoires personnelles issues et articulées à d'autres histoires collectives. Elle est un lieu privilégié pour ressentir les effets de transfert et de contre-transfert. Il s'agit d'une relation inégale, asymétrique où le professionnel est (mis) à la place de celui qui sait, d'où la tentation de la transformer consciemment ou inconsciemment en une relation de pouvoir.

La Géohistoire « associe les outils de l'histoire et de la géographie pour prendre simultanément en compte l'espace et le temps des sociétés. A l'heure de la mondialisation, cette démarche hybride vise à penser le Monde tel qu'il s'est élaboré sur le long terme » (Grataloup, 2008). J'appelle géohistoire de la rencontre clinique l'Histoire globale du parcours spatio-temporel, géographique, interculturel qui a conduit un professionnel et un « patient » (enfant, adolescent)

à se rencontrer dans les temps chronologique et psychique, dans l'espace extérieur et intérieur, dans le monde externe et le monde interne, dans une perspective phénoménologique et au niveau latent. Cette rencontre ne va pas de soi. Il ne suffit pas de se voir pour se rencontrer. Pour avoir toute sa richesse, la rencontre doit aller au-delà des signifiants manifestes et du paraître, pour interroger les motifs inconscients de la relation. La prise de conscience de cette Histoire détermine l'efficacité de la rencontre.

La géohistoire de la rencontre clinique permet d'accueillir et d'apprécier les niveaux macro-, méso- et micro- du transfert. Nous sommes habitués au niveau micro du transfert, celui qui se passe dans la relation duelle, intersubjective. La dynamique relationnelle avec les professionnels va être marquée de toute une série d'émotions et de sentiments. Les travaux sur le groupe (Kaës, 1993, 1976) nous ont introduits depuis longtemps déjà aux mouvements de transferts dans les groupes institutionnels, familiaux. Les émotions exprimées dans la relation duelle ont aussi des origines familiales, institutionnelles. C'est le niveau méso qui influence beaucoup le niveau micro. Mais la dynamique du transfert/contre-transfert dépasse les institutions, elle se repère à l'échelle d'un pays, d'une nation, de relations internationales, elle se repère au niveau mondial et ce niveau macro influe subtilement mais sûrement sur ce qui se passe dans l'intimité des institutions et des « sujets » appelés à s'y rencontrer à des fins diverses. Par exemple, le contexte France de la rencontre ainsi que les liens explicites ou implicites avec des patients venus d'Afrique risquent de véhiculer des vécus spécifiques dans la dynamique relationnelle. Ces vécus seraient différents si ces patients venaient des Etats-Unis d'Amérique ou d'Angleterre, pays qui ont (eu) d'autres relations avec la France. C'est cette globalité que tente de cerner le modèle de la « Clinique de la Mondialité ».

Le modèle de la Clinique de la Mondialité

Je donnerai maintenant quelques éléments d'un modèle (en construction) permettant de penser la géohistoire de la rencontre clinique. Nous vivons dans un contexte mondialisé qui influe d'une manière ou d'une autre sur nos pratiques. Si la mondialisation est la loi du plus fort, la mondialité est celle du dialogue, du partage équitable des cultures. La mondialité est relative au Vivre

ensemble avec soi-même pour pouvoir vivre ensemble avec les autres (Derivois, 2010).

Une définition

La Clinique de la Mondialité est une disposition d'esprit dans laquelle le clinicien (professionnel) se préoccupe de penser le sujet singulier dans le monde et en même temps de repérer le mondial/global dans les moindres expressions du sujet singulier. Elle vise à amener le sujet singulier à se penser dans le monde en même temps qu'il se pense dans le pays où il vit, dans ses groupes d'appartenance (famille, institutions, etc.), dans la relation interpersonnelle et dans son intimité.

Le mondial désigne ici l'actualisation et l'expression des grandes problématiques historiques humaines du monde qui touchent de près ou de loin tout individu confronté à l'imprévisible de la planète migratoire, ainsi que les postures affichées par les professionnels pour la lecture, l'appréciation et l'interprétation de ces symptômes.

Au niveau de l'expression de ces problématiques majeures, on peut citer trois « axes paradigmatiques » de fond sur lesquels un certain nombre de pathologies vont se développer : la dialectique violence subie/violence agie (attaque de l'autre, attaque de soi, dépression, suicide, etc.), le déplacement géographique et historique des populations (migration choisie, forcée, économique, intellectuelle, etc.) et l'impasse et les souffrances identitaires (essentialismes, nationalismes, communautarismes, etc.). Ces trois champs constituent trois chantiers majeurs pour la mise à l'épreuve d'une clinique de la mondialité. On les retrouve condensés dans les symptômes et problématiques rencontrés dans nos milieux socio-juridiques, éducatifs, scolaires et sanitaires. Pour aider le sujet à se penser dans le monde et à penser la dimension mondiale dans l'expression de ses symptômes, le clinicien (tout professionnel) a lui-même besoin de se penser et de penser la manière dont le mondial infiltre ses dispositifs, ses postures et sa perception des faits cliniques.

Parmi les vieilles postures (coloniales) qui infiltrent la pratique du clinicien, je propose de distinguer : le clivage idéologique qui consiste à voir le monde en deux (Civilisés/Barbares ; Noirs/Blancs ; Eux/Nous, etc.), l'ethnocentrisme qui consiste à voir le reste du monde à partir de son prisme culturel et l'impérialisme culturel et scientifique qui consiste à vouloir transformer l'autre à son image, à une « norme », tel que cela a été pratiqué

avec la « mission civilisatrice » que s'était confié l'Occident colonial vis-à-vis du reste du monde, il y a plusieurs siècles (Derivois, 2010).

Un modèle interdisciplinaire

La clinique de la mondialité suppose d'emblée une approche non pas pluri- mais interdisciplinaire où s'articulent plusieurs sciences humaines, sociales dans la démarche clinique.

Parmi ces sciences, trois champs disciplinaires nous semblent indispensables à une clinique de la mondialité qui souhaite contenir des mutations de sens chez les populations en déplacement : l'Histoire globale, la Géographie humaine et l'Anthropologie.

Dans la rencontre clinique, il est question de l'histoire de la subjectivité, de l'histoire de la rencontre de deux subjectivités : celle du patient et celle du clinicien. Chacune de ces histoires singulières, personnelles, s'inscrit dans d'autres histoires familiales, institutionnelles, sociales, nationales... Ainsi, la rencontre des deux histoires singulières se fait dans un emboîtement d'autres histoires collectives, connectées, une histoire globale qui « dépasse les frontières pour penser les interrelations, les faits sociaux et les parcours des individus » (Testot et al., 2008).

Ce qui nous intéresse dans la Géographie humaine, c'est la migration des populations dans le monde externe et le trajet de l'expérience dans leur monde interne. L'ici et maintenant de la relation clinique est un attracteur du monde interne dans la temporalité psychique.

Quant à l'Anthropologie, elle invite à réfléchir sur le rapport aux altérités internes et externes. Contrairement à une anthropologie physique, coloniale, il s'agit ici d'une anthropologie renouvelée, indispensable aujourd'hui pour comprendre le monde globalisé (Godelier, 2009), une anthropologie qui permette de réfléchir sur la place et la position du professionnel et de coopérer avec le patient.

Un modèle interculturel complexe

La Clinique de la Mondialité s'efforce d'intégrer trois axes d'interculturalité liés entre eux et articulés à cinq échelles d'observation et d'analyse. Il y a d'abord l'interculturalité des populations accueillies, à laquelle le système social est plus ou moins habitué. Les adolescents « issus de l'immigration » ou les enfants primo-arrivants, par exemple, rentrent bien dans ce cadre. Mais il convient de rappeler que, quel que soit le pa-

tient rencontré, il est en situation interculturelle par le fait même qu'il est dans un monde mondialisé où plusieurs « cultures » s'entrecroisent dans son environnement et à l'intérieur de lui. Un patient africain en Europe n'est pas plus en situation interculturelle qu'un patient européen dit « de souche » qu'il rencontre à l'école, dans un foyer, en prison ou dans la rue.

Il y a l'interculturalité des professionnels (cliniciens ou pas) qui peuvent eux aussi venir d'ailleurs, issus de l'immigration mais ne sont pas plus en situation interculturelle que leurs collègues Euro-européens. Cependant, ces professionnels, parce qu'ils sont professionnels et travaillent avec des théories et des formes de pratiques diverses, sont en plus concernés par une interculturalité professionnelle (interprofessionnelle) et une interculturalité relative à la migration des savoirs. Ainsi, une interculturalité des modèles, théories et concepts utilisés qui constitue un troisième aspect. Tout comme les patients et les professionnels (cliniciens), les concepts aussi se déplacent, voyagent (E. Morin, 2005) à travers le monde et sont aussi confrontés à des mutations de sens auxquelles le clinicien doit rester vigilant afin d'éviter de tomber dans la maltraitance théorique (F. Sironi, 2007), nourrie par un universalisme ethnocentré (E. Said, 1980) comme précisé plus haut.

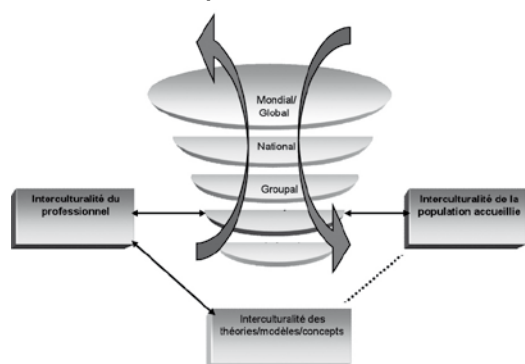
Parallèlement à ces trois niveaux, il est important que le clinicien (ou n'importe quel professionnel) tienne compte de cinq paliers du travail psychique interculturel relatif à une saisie de soi dans le monde. Pour tout individu, au 21^{ème} siècle, la question identitaire se pose dans toute son acuité. On ne peut pas demander au patient (à n'importe qui d'ailleurs) de se penser, de construire son identité sans une confrontation à l'autre dans la relation familiale, sociale, clinique ou thérapeutique (intersubjectif). On ne peut pas lui demander de se penser sans référence à ses groupes familiaux, sociaux, institutionnels (dimension groupale). De même, pour se définir, un patient a besoin de comprendre le cadre national dans le lequel il est né, dans lequel il est arrivé, dans lequel il évolue, les liens que cette nation entretient ou a entretenu avec telle ou telle autre nation (dimension inter-nationale). La saisie de soi ne saurait faire l'économie d'une articulation avec l'environnement-monde qui contient les groupes (inter-) nationaux,

familiaux, sociaux, institutionnels, qui eux contiennent chaque individu se définissant l'un par rapport à l'autre.

Ainsi, se penser passe par les cinq dimensions suivantes : Mondiale, Nationale, Groupale (famille, fratrie, institution...), Intersubjective (dans la relation à l'autre) et Intrapsychique (relation de soi à soi, registre de l'intime). La question centrale de l'identité aujourd'hui n'est donc plus « qui suis-je ? » ou « que suis-je ? », ni même « où suis-je ? » mais « où en suis-je ? », interrogation qui force à se saisir de soi, de son évolution dans le monde. Le concept de « transitionnalité (Winnicott, 1975) sur l'aire intermédiaire d'expériences entre monde interne et monde externe ainsi que celui de « symbolisation » (Roussillon, 2001) sur la mise en sens de l'expérience subjective vécue peuvent, à condition qu'ils soient mondialisés, aider à éclairer ces processus identitaires complexes.

Ces niveaux, paliers et interrogations s'inscrivent dans une clinique de la mondialité où le sujet singulier prend conscience de la part mondiale en lui et de sa place dans le monde, par-delà la famille, la société et le pays d'origine ou d'accueil. Le schéma suivant permet de visualiser cette complexité clinique interculturelle au cœur des dispositifs cliniciens.

Schéma de la clinique de la mondialité



Risquer la rencontre clinique

La rencontre clinique est un risque pour le patient et pour le professionnel. Elle est le réceptacle de souffrances diverses et peut aussi être à l'origine d'autres souffrances si elle n'est pas pensée avant, pendant et après. Penser la rencontre clinique revient à penser les différents niveaux de transfert : micro, méso et macro. Il convient de se décentrer de soi, et ses habitudes pour s'ouvrir à l'altérité. Il convient de penser ailleurs. Ainsi que le souligne N. Lapierre (2004), « Un mouvement entraînant l'autre, il est bon de changer de position pour changer de point de vue. Sortir de soi d'abord: se réjouir et s'étonner d'être si divers, se regarder agir, sentir son corps et suivre ses pensées dans leurs états successifs. Bref, se quitter un peu, se retrouver, se reprendre dans une conscience réflexive qui est aussi conscience vagabonde, une sorte de rêverie, de jeu d'associations, d'« entre-deux » entre la rive des sens et celle de la raison (...). Et puis, sortir de soi : filer vers l'horizon, découvrir d'autres contrées, abandonner le confort rassurant des coutumes, car cela permet de déshabituer ses idées, de déplier des questions enfouies sous d'illusoires convictions ».

Une géohistoire de la rencontre clinique s'impose aujourd'hui dans le contexte de la mondialisation. L'efficacité de nos pratiques institutionnelles et sociales dépend de cette posture clinique mondiale. II