

Le requérant d'asile, paradigme de l'exclusion

« Exclue » désigne d'ordinaire des hommes et des femmes habitant notre espace : certes reclus ou repoussés dans les marges, personne n'imaginerait cependant les éjecter de la page. Pour les requérants d'asile, l'exclusion se dépouille de ses oripeaux métaphoriques : le refus d'asile, une fois les voies de recours épuisées, implique l'expulsion hors de nos frontières. Ainsi, en Suisse⁽²⁾, les dites *mesures de contrainte* autorisent l'emprisonnement jusqu'à dix-huit mois des requérants déboutés récalcitrants, afin d'assurer l'exécution du renvoi.

A l'opposé d'être un phénomène homogène, l'exclusion revêt maints visages, comporte divers paliers. Le requérant d'asile, hanté par les fantômes du renvoi, en constitue la figure emblématique : ayant cherché une hospitalité au cœur de la page, il marche à reculons, adossé à l'ombre mouvante des frontières. Par comparaison, le migrant « sans papiers » ou « sans statut légal » d'Equateur ou de Colombie - du moins lorsqu'il ne s'agit pas d'un ex-demandeur d'asile - a pour ainsi dire choisi la marge en connaissance de cause : son espoir d'un droit de séjour tire à l'inverse son parcours de l'extérieur vers l'intérieur.

Mais, vis-à-vis de l'exclusion, même la figure du requérant d'asile est loin d'offrir un profil uniforme. Si, malgré les particularités nationales, l'imposition de limites à son accès aux soins s'affirme européenne, l'étendue des prestations auxquelles il lui est sommé de renoncer varie selon son « statut » spécifique. A une extrémité, selon la terminologie helvétique, les *NEM* - « Non Entrée en Matière », vocable étrangement puisé dans le registre gastronomique pour désigner les personnes dont la demande d'asile, jugée d'avance irrecevable, ne sera pas même examinée : n'ayant en principe droit qu'aux soins d'urgence, seule une atteinte imminente de leur pronostic vital les autorise à invoquer Hippocrate. A l'autre extrémité, les personnes « admises provisoirement⁽³⁾ » et les requérants d'asile dits autonomes⁽⁴⁾ qui ont droit à la même couverture sanitaire que les autochtones. A mi-chemin, les requérants d'asile financièrement dépendants qui se voient restreindre le choix du médecin et le

La pensée clinique en mutation

Face aux diverses catégories d'exclus que notre société secrète, la tentation est grande d'adopter une position d'extériorité, en spectateurs avertis, d'analyser à la loupe leurs problèmes de santé. Par chance les demandeurs ou requérants d'asile⁽¹⁾ nous renvoient par effets de miroir les apories de notre pensée clinique : nous faisons fausse route, nous nous trompons d'embranchement au carrefour de nos concepts et nous égarons dans le dédale de nos taches aveugles.

Jean-Claude Métraux

Pédopsychiatre,
Lausanne (Suisse)

droit de consulter un spécialiste, le psychiatre entre autres.

Les soins sont ainsi divisés en trois catégories : a) les urgences à tous garanties - la protection de la (sur)vie à très court terme ne semble pas souffrir d'exceptions - ; b) les soins de base ; c) les soins spécialisés. Conséquences sur le plan psychiatrique : seul le risque avéré d'une atteinte à sa propre vie ou à celle d'autrui - définition de l'urgence psychiatrique - assure à tous un accès aux soins, pratiquement limité à l'hôpital psychiatrique ; quant au droit à des soins ambulatoires, il oscille selon la position du requérant d'asile sur les toboggans de l'exclusion.

Nos pratiques cliniques, témoins d'un malaise

Un examen de la pratique clinique, de sa manière passée et présente de traiter la question des soins aux malheureux funambules cheminant à leur corps défendant sur la corde de l'asile, figure paradigmatique, devrait nous procurer de sérieux indices sur la façon dont les soignants d'Ouest et du Nord abordent d'ordinaire les problèmes de santé présentés par les exclus de tout genre. Or une analyse même superficielle révèle un multiple malaise. Quelles sont les sources de notre embarras ?

1. En Suisse nous parlons de requérants d'asile.

2. Je me référerai essentiellement ici à la situation suisse que je connais beaucoup mieux, mais hormis des variations cosmétiques, les pays d'Europe Occidentale, et parmi eux ceux signataires des accords de Schengen et Dublin, ont des législations et des procédures très similaires : chacun pourra donc traduire les faits signalés dans sa langue juridique locale.

3. Dont la requête n'a pas été acceptée, mais dont le renvoi n'est pour l'heure pas exigible.

4. Qui ne dépendent pas financièrement de l'aide de l'Etat.

L'impératif de survie

Si le discours politique, dans le domaine de l'asile, est miné par la sempiternelle querelle autour des « vrais » et des « faux » réfugiés - leur vie est-elle *réellement* menacée par les autorités de leur pays d'origine ? - les thèses avancées s'énoncent toujours du point de vue d'un observateur extérieur, supposé guidé par un souci d'objectivité. Mais, pour les professionnels de la psyché, ce regard externe ne devrait pas avoir la moindre pertinence, ni même le moindre intérêt. Seul devrait compter le point de vue subjectif, mélange de conscient et d'inconscient, du patient. Or son « choix » de l'exil est le plus souvent fondé sur le sentiment d'une survie, *individuelle et collective*, menacée par la guerre, l'incessante régurgitation de souvenirs traumatiques ou le délabrement économique coutumier des après-guerres. Seule à effleurer les consciences occidentales, sa dimension individuelle - sauver sa peau, fuir les fantômes qui hantent la mémoire - joue en fait un rôle accessoire : prime la survie collective (Métraux J.C., 2004, pp.147-180), familiale ou communautaire. Celle de fils et de filles fragilisés par les pénuries ou la déliquescence d'un système scolaire. Celle que sécurité et emploi rémunéré représentent pour la famille élargie demeurée au village où rôde la misère - le migrant, y compris le mineur non accompagné, s'est souvent vu attribuer par ses proches un mandat contraignant. Celle d'une identité triturée par les luttes ethnocides. Bref, la *survie*, que l'estime justifié ou non l'observateur externe, guide bel et bien les pas de très nombreux exilés.

Or la frontière poreuse entre problématiques politico-sociales et troubles psychiatriques, la saturation de l'espace psychique par une réalité tentaculaire dominée par l'impératif de *survie*, provoque chez de nombreux collègues un certain malaise. L'insoutenable souffrance engendrée par les menaces *réelles* que les perspectives d'un renvoi font peser sur cette unique espérance les exilerait de leur domaine de compétences, une psyché « libre », dont les seules chaînes seraient celles de l'inconscient. Paradoxe : alors que la survie immédiate constitue aux yeux de la loi l'unique passeport accepté sans restriction à la frontière du monde des

soins, les soignants qui l'habitent l'examinent avec un regard suspect.

Le mur de la demande

Nous retrouvons la griffe de cette double exclusion sur le mur de la demande. Psychiatres et psychologues avons appris à exiger de la part de nos patients, au seuil d'une psychothérapie, la formulation d'une demande plus ou moins claire, du moins susceptible d'élaboration. Or, sans même insister sur l'incongruité d'une telle exigence pour des hommes et des femmes venus de sociétés aucunement familières des professionnels de la psyché et de leur langage - d'autant plus que leur droit à des soins ambulatoires dépend ici du laissez-passer octroyé ou non par les médecins généralistes - fort est de constater qu'une survie en sursis n'appelle qu'une seule demande : prolonger ou révoquer le sursis. Tout ajout dans ces circonstances fait figure de luxe, de fioriture. Le principe de la demande se mue dès lors en un mur scellant hermétiquement les portes du soin.

Les certificats médicaux

Témoins de cet ébranlement de nos pratiques usuelles, les éternels débats sur les certificats médicaux. L'attestation d'un trouble sévère empêchant le retour dans le pays d'origine ou pour les soins duquel ce dernier ne dispose pas de lieux adéquats fournit dans bien des cas, selon la loi, l'unique motif admis de sursis prolongé. Notre malaise, nos réticences, apparaissent au premier abord légitimes : devenir les greffiers des juristes ne nuit-il pas à la noblesse de nos titres ? Condamner le patient à rester malade pour éviter le renvoi ne nous transforme-t-il pas en jeteurs de mauvais sorts ? Certes. Mais dans la mesure où l'impératif premier, pour les requérants déboutés en instance de renvoi, est la survie individuelle, familiale et communautaire, toute prévention d'une atteinte mortelle, même au prix d'une maladie, est affaire de soignants. Tels, analogie avec un autre ghetto de l'exclusion, les traitements à la méthadone et l'offre de seringues stériles aux toxicomanes. Reste à le faire d'une manière qui ouvre d'autres voies thérapeutiques, à ne pas se cantonner ou se résigner à cette prévention tertiaire.

Les temps de latence

Evidemment, la pensée et les pratiques cliniques ne s'arrêtent pas à ces situations extrêmes où la prolongation du séjour constitue la condition *sine qua non*, réelle ou fantasmée, de la survie. De même, l'octroi de l'asile, bien sûr, ne prémunit pas contre les maladies. Le temps, chez les requérants sans asile, demeure suspendu tant que dure l'attente d'une réponse rédhitoire (Métraux J-C., 1997, pp. 419-424, 1999 a, pp. 41-66) positive ou négative : un *temps entre parenthèses* où l'attention exclusive se dédie au présent. La survie au crépuscule comme unique utopie, les hiers s'empilent dans les galetas empoussiérés de la mémoire et les demains n'effluent même pas des neurones obnubilés par les menaces alentours. Les deuils s'entassent dans les congélateurs de la psyché ; les traumas, loin d'une quelconque élaboration, attisent la vigilance. L'éventuel octroi de l'asile, dans ces circonstances, n'a rien d'une délivrance. La survie enfin acquise, les deuils se dégèlent, les traumatismes intronisent la longue mélodie de souvenirs morbides. Ce délai entre l'ignominie subie et l'apparition de symptômes, confond le spécialiste du corps et de la psyché peu familier des caprices du temps vécu. Rompu au langage arithmétique du DSM[®], aux critères temporels imposés à un *syndrome de stress post-traumatique*, dont six mois suffiraient à éteindre les braises, il lui arrive d'accueillir pareille latence avec la moue du mari trompé : l'Autre, en l'occurrence le patient, lui a joué un tour. En ces instants où pourtant la maladie véritable reçoit enfin droit de cité et possibilité de la traiter, aucun soignant au rendez-vous. L'exclusion perdure.

Les douleurs chroniques

Idem pour les douleurs surgies semble-t-il de nulle part. Le torturé d'antan éprouve avec la régularité du pendule de lancinantes douleurs à son épaule autrefois luxée par une parodie de pendaison (Métraux J-C., 1999 b, pp. 225-234) le mal s'insinue entre muscles et articulations comme unique mémoire - car indicible - de tourments infligés, de frissons psychiques ressentis jusqu'à la moelle des os : notre soignant reste de marbre. Le scanner et l'ultrason incapables de détecter l'origine de la souffrance - une mémoire maltraitée et inscrite par

défaut dans le corps n'offre guère de prise aux rayons -, le mal déclaré se retrouve taxé de simuler. Et les assurances profitent de l'aubaine. En Suisse une jurisprudence datant de 2004, suite à un arrêt du Tribunal Fédéral[®] s'autorise un magicien tour de passe-passe. Première prémisse : une dépression associée à une douleur chronique est secondaire à cette dernière ; deuxième prémisse : une douleur chronique non étayée par les nombreux examens que la science biologique a ourdi n'a aucune réalité en soi et ne peut que découler d'une inadaptation sociale; conclusion : le malade ne souffre d'aucune maladie et ne saurait donc réclamer le droit à des prestations. C.Q.F.D.

Les pratiques cliniques, décidément, obéissent bien souvent aux lois du déni. Regards borgnes... et pendant ce temps le malade demeure souffrant. Sempiternelle exclusion. Qui perdurera tant que les soignants, pour réfléchir la migration des damnés de la Terre, n'abandonneront pas les lunettes des inclus.

Lectures cliniques et taches aveugles

A l'expression « regards cliniques » préférons « lectures cliniques ». La métaphore visuelle en dit déjà long sur les codes qu'utilise le lecteur pour déchiffrer le livre du corps et de la psyché : pareille lecture fonde entièrement sa sémantique sur les signes offerts par l'observation. Tissus et organes correspondraient aux syllabes et mots d'une sorte d'esperanto universel. Peu étonnant dès lors que quantité de médecins rechignent à collaborer avec des interprètes et justifient ce choix, guère soucieux d'éthique, par une apologie de la communication non verbale (Métraux J-C., 2002, pp. 115-135 et Guex P., Singy P., 2003, pp. 165-172).

Toute pensée clinique s'écrit avec l'orthographe et la grammaire d'une épistémologie : approches psychanalytique, systémique, cognitiviste et biomédicale connaissent différemment la souffrance psychique. Mais, lorsqu'il s'agit de réfléchir une exclusion que leur commun alphabet peine à transcrire, les catégories épistémologiques montrent leurs limites. Celles prégnantes dans le champ de la psychiatrie occidentale sont toutes apparues, à peu de choses près, dans un même contexte culturel et histo-

5. Manuel diagnostique de l'Association Américaine de Psychiatrie.

6. La Court Suprême helvétique.

rique : leur unique alphabet, permettez-moi l'image, est latin. Leurs émules - nous-mêmes - réagissent à la manière d'un polyglotte exclusivement familier de langues européennes qui, devant un texte tamoul, s'écrierait « quel chinois ! » en secouant la tête. En bref, nos diverses épistémologies possèdent des fondements communs dont les taches aveugles expliquent les errances de la pensée clinique lorsqu'elle traite des marges et des exclus de la page.

Neutralité, distance thérapeutique, secret professionnel

Quelques exemples concrets. Les idées *maîtresses* (aux sens littéral et figuré du mot) de neutralité, distance thérapeutique et secret professionnel se jouent des frontières épistémologiques avec la dextérité des passeurs. Mais lorsqu'elles s'appliquent au monde des requérants d'asile ou à d'autres familles d'exclus, elles butent sur un os, ou plutôt créent l'os que les soignants s'évertueront ensuite de rendre perméable à leur « regard » clinique. Indice : les thérapeutes de victimes de la torture - citons parmi eux les psychanalystes Silvia Amati et Marcelo Viñar - se sont vus dans l'obligation d'écarter le précepte de neutralité, réalisant qu'elle faisait du soignant un complice des tortionnaires. Cette constatation mériterait cependant d'être élargie : la neutralité fait du soignant en charge d'exclus un complice des inclus qui fabriquent les exclus. De même l'idolâtrie d'une distance qui sert surtout à maintenir psychologues et psychiatres du bon côté de la marge. Quant au secret professionnel, sujet trop sensible pour tolérer les raccourcis, je me contenterai de le problématiser par une anecdote : une réalisatrice, tournant un documentaire sur les interprètes, souhaitait filmer un entretien thérapeutique avec un requérant d'asile allophone ; essuyant refus sur refus de soignants craignant pour la virginité du sacro-saint secret professionnel, elle s'adressa à nous ; estimant que les premiers concernés seraient les mieux habilités à répondre, nous avons transmis la requête à un groupe de patients originaires des Balkans ; en chœur répondirent-ils qu'ils saisiraient pareille opportunité de divulguer au public les ressorts de leur souffrance sociale. Où donc le bât blesse-t-il ? Neutralité, distance thérapeutique et secret profes-

sionnel feraient-ils partie de la panoplie d'instruments dont les *maîtres* du monde et leurs gendarmes usent pour éloigner les soupirants ? Ne trahiraient-ils pas la *Valeur* nucléaire des pensées cliniques contemporaines, à savoir une *Maîtrise* (de Soi, de l'Autre) qui imbibe notre lecture et notre écriture de l'alphabet à la syntaxe⁷⁾ ?

Trauma

Le trauma, concept aujourd'hui inévitable dans toute contribution sur les requérants d'asile, a une longue histoire - de Sigmund Freud au syndrome de stress post-traumatique, sans oublier le langage médiatiquement convenu après le 11 septembre - où s'insèrent les tenants de toutes nos épistémologies, de la psychanalyse au cognitivisme. Ce concept laisse ainsi supposer un universalisme, malgré les démentis de l'observation: lorsque des ONG débarquèrent au Rwanda après le génocide, avec dans leurs bagages le projet de former des « conseillers en trauma », elles durent dans la langue locale inventer un néologisme. L'histoire centenaire du concept ne saurait non plus nous dissimuler ses torsions : depuis deux décennies, il se voit affubler d'une temporalité brève, appliquer à des chocs d'intensités fort diverses, associer sans menue précaution aux lexiques prisés de la violence et de la maltraitance, corrélés sans égard aux défaillances de son supposé antidote, la résilience. Cette invasion de notre champ sémantique signe la prédilection contemporaine pour le court terme - traitements y compris -, notre attrait suspect pour l'insensé - le sens mouvant bourreaux et victimes étant volontiers "oublié" -, une centration sur la dimension individuelle - traumatismes historiques ou collectifs ne sont que très subsidiairement abordés -, l'exaltation pour l'élasticité de psychés blessées - sensées rebondir à tout nouvel outrage -, la tendance croissante à concevoir la psychothérapie comme un acte chirurgical voué à la suture des plaies - le trauma appartient originellement au registre du scalpel. Or le chirurgien symbolise à merveille le fantasme partagé par les adeptes d'une Maîtrise toute-puissante. Et pendant que thérapeutes et juges de l'asile débattent de la présence d'un syndrome de stress post-traumatique chez tel ou tel requérant d'asile,

7. Pour la définition précise que je donne aux mots *Valeur* et *Maîtrise*, se référer à Métraux J-C., op. cit., respectivement pp. 114-120 et pp. 123-128.

les sens que celui-ci donna à son exil brûlent sur les bûchers de l'ignorance.

Deuil

Le deuil relégué par le trauma sur un strapontin, le deuil et ses vertus créatrices⁽⁸⁾, individuelles et collectives, passent généralement inaperçues, y compris chez les plus brillants théoriciens. Oubli lourd de sens quant aux organisateurs de la pensée clinique. L'issue du processus de deuil se conçoit d'habitude comme rétablissement ou réorganisation, sorte de retour à la case départ : analogie troublante, cicatrice en moins, avec la chirurgie du traumatisme. Autres impensés : les *deuils collectifs* dont l'examen obligerait à l'abandon de nos loupes conceptuelles qui, centrées sur l'individu, restreignent nos facultés de lecture à des paragraphes isolés du livre où ils s'inscrivent ; la coexistence de trois types de deuil - *de l'autre*⁽⁹⁾, *de Soi*⁽¹⁰⁾, *de sens*⁽¹¹⁾ - dont l'usuel amalgame confirme notre relégation du sens dans les caves de la pensée clinique. Et pourtant le sens n'est-il pas ce joyau que l'être humain a poli dès le premier mot prononcé il y a plusieurs dizaines de milliers d'années ? Relevons finalement l'impasse totale sur une spécificité du deuil aux temps de la *survie*, lorsque hommes et femmes dédient énergie, vigilance et intelligence à la *conservation* - jusqu'au coucher du soleil, si possible à la prochaine aube - de leur progéniture, de l'identité collective héritée des ancêtres, accessoirement d'eux-mêmes : menacés par d'immédiats tourments, des soldats ennemis qui pointent leurs fusils à la faim et aux épidémies qui guettent les rescapés dans les après-guerres, sans oublier des fonctionnaires de l'asile occupés à raboter leur bail de survie, les survivants en sursis n'osent se permettre d'épancher leur tristesse à l'orée des tombes. Tels les requérants d'asile en quête désespérée d'hospitalité, ils *congèlent* leurs deuils en l'attente de temps plus cléments⁽¹²⁾.

Altérités

Exil réfère à *migrants*, à *altérités*, aux théories qui en proposent une lecture originale, parmi elles l'ethnopsychiatrie française de Georges Devereux à Tobie Nathan. De multiples forces tordent le sens de ces mots. D'abord une nébuleuse de rapports et de

représentations : le rapport à l'autre avec son inévitable autre versant, le rapport à soi ; le rapport à son espace propre, aux frontières et aux espaces tiers ; le rapport au déplacement de soi et d'autrui, dans l'espace (les migrations) et dans le temps (les mutations sociales) ; le rapport aux langues qui portent nos pensées respectives ; le rapport au politique, où s'énoncent les lois sur le racisme, le séjour, le franchissement des frontières. Puis les forces de gravitation qui organisent cette nébuleuse en galaxie : dans le cas particulier de la France, les reliquats des Lumières qui y inoculèrent la Maîtrise (de soi, de l'autre), la foi en la croissance et l'universalisme ; l'apprêt de cette Maîtrise - touche hexagonale - au sel de la laïcité, ce lointain héritage de la Révolution ; la mémoire historique de traces d'altérités déniées ou refoulées, d'une domination infligée au Sud - colonisation et guerre d'Algérie - à une occupation subie, tolérée ou combattue ; les incidences multiformes d'une globalisation sélective en matière de circulation - des capitaux, des marchandises, des « produits » culturels, des langues et des personnes -, instaurant des frontières passeroies pour certains, étanches pour d'autres. Résultat, y compris dans notre domaine : la prééminence de l'axe culturel⁽¹³⁾ avec ses pôles universaliste et communautariste ; la présence seconde de l'axe politique, solidarité entre autres avec les victimes des dictatures, des guerres et des grillages frontaliers ; la réaffirmation constante de l'axe thérapeutique et de ses fondements - de la neutralité au secret professionnel - seul à nous conférer notre respectable identité de soignants ; la scotomisation par contre de l'axe socio-anthropologique, qui nous obligerait à révolutionner nos édifices thérapeutiques, à questionner une asymétrie soignants / patients homologues à l'opposition inclus / exclus. Le mythe d'un lien thérapeutique en apesanteur, arraché aux contraintes d'un lien social marqué par la position des protagonistes sur une page sociétale nantie d'un centre, de marges et de bordures, n'est de fait guère écorné par les théoriciens et les praticiens, quels que soient leur intérêt pour le culturel et leur engagement politique. A nos consciences défendantes, nos lectures de l'exil trahissent notre immersion dans une Maîtrise dont nous demeurons les agents.

8. *Op. cit.*, 2004, pp 27-54.

9. *Op. cit.*, 2004, pp 55-76

10. *Op. cit.*, 2004, pp 77-104

11. *Op. cit.*, 2004, pp 105-143

12. Cf. note 7.

13. Dans le domaine de la pédagogie, tous les débats sur l'interculturel en procèdent.

Nos deuils inachevés

Que de taches aveugles trouvent nos réflexions cliniques sur les requérants d'asile ! Avec, au bout du compte, le fantasme de retrouvailles avec un universalisme apprêté au goût du jour, à peine fut-il fait mine de l'avoir rejeté. Comme nous l'ont enseigné nos classiques, ces trous de la pensée clinique signalent un déni qui nous renvoie à la première phase du deuil, que John Bowlby caractérisait par la quête conjugulée d'oubli et de retrouvailles avec l'« objet » défunt. Nous aurions donc nous-mêmes, professionnels de la santé, subi une perte cardinale, nous serions embourbés à la phase initiale du deuil subséquent. L'« objet » perdu ? Notre *illusion* de conceptions théoriques labellées de compétence universelle, alors que nos expériences cliniques sans relâche nous assènent leur pertinence limitée aux heureux du centre de la page, leur *impertinence* croissante à mesure que l'on s'en éloigne. Dans les marges, au seuil de la rédhibitoire exclusion, elle menace toute thérapie d'asphyxie. Ainsi en va-t-il pour le requérant d'asile qui voit se dissiper le mirage d'une survie dans les oasis du Nord.

Le diagnostic est clair : un deuil empêtré, un deuil inachevé, dont nous refusons l'élaboration car ce serait toujours à l'autre, le patient, de devoir se coltiner ce genre de besogne. Ainsi nous l'a enseigné la Maîtrise, matrice de nos pensées dès l'aube des Lumières, elle-même née et nourrie de deuils (de sens) fossilisés à leur phase du refus¹⁴ : tout anicroche semble lui donner des ailes, lui permettant de survoler les obstacles placés sur la voie royale de son outrecuidance. Puissent les requérants d'asile mettre fin à son insolence.

Les bouleversements de ces vingt dernières années, de la chute du Mur de Berlin à la mondialisation galopante, nantirent cependant d'un bémol la Maîtrise d'antan. Avec l'effondrement du Rideau de Fer, d'une scène mondiale dominée par l'affrontement de deux superpuissances, des limites - sources de pertes - se sont paradoxalement imposées aux prétentions d'universalisme - du sens en particulier - de tout un chacun, thérapeutes y compris. Emergent des discours sur la migration et l'altérité dont atteste le regain d'intérêt pour la culture, l'inter-

culturel, l'ethnopsychiatrie et toutes formes de métissages surgis du hasard des rencontres entre gens d'ici et d'ailleurs¹⁵. Réalité donc contrastée : si le déni (et la Maîtrise qu'il fonde) perdure dans de nombreuses sphères, la prise en compte d'une irréversibilité intronise des discours nouveaux sur la différence et les exilés. Mais, alors que l'évanescence d'un sens universel devient de plus en plus patente, et même du sens tout court, le noyau dur de la Maîtrise demeure indemne. D'où la géographie actuelle, complexe, des discours sur l'Autre.

Pour nous en sortir, une seule issue : confronter à bras-le-corps nos deuils de sens, sources de notre incapacité à soigner l'irréductible différence. Deuils triples. D'abord celui - déjà amorcé - d'un universalisme rétif à toute irréductible différence, culturelle en particulier. Celui ensuite - embourbé depuis les tréfonds des âges - d'une universelle capacité de soigner, quelle que soit la position du patient, au centre de la page ou dans ses marges. Finalement celui - noyé dans le silence - d'une conception du soin en termes d'antidotes à la souffrance. Pour y remédier, je proposerais la définition suivante : « *soigner*, c'est permettre à l'autre de s'instituer, individuellement et collectivement, acteur et auteur de son devenir, quelle que soit la douleur qu'une telle démarche implique pour lui, patient, et pour moi, thérapeute ; mais en tenant compte du fait qu'en situation de survie l'un et l'autre requérons d'abord d'un espace où nous nous sentions ensemble en sécurité ». Ce passage du "il" au "nous" oblige à redéfinir, recréer, le lien entre patient et soignant, et partant le rapport entre identité et altérité.

Mais de quel droit, sur le sillon de tous ces thuriféraires des deuils à faire, m'arrogerais-je la faculté impériale de nommer en lieu et place d'autrui les pertes qui noircissent ses espérances ? A l'évidence aucun. Chaque thérapeute, en son âme et conscience, peut tout et si bien persister dans le déni, demeurer sous l'emprise de la Maîtrise, perpétuer ses références à un universalisme né dans les ghettos dorés de l'Occident. Et, comme l'Histoire nous l'a appris et nous le répète sans cesse, ce ne sont pas les sanglots des laissés-pour-compte qui l'arrêteront. Ni aujourd'hui, ni demain, ni après-demain. Mais alors, jour après jour, ses talents devront s'a-

14. *Op. cit.*, 2004, pp. 123-129 et 254-262.

15. *Je parle d'émergence d'une nouvelle Valeur, le (Dés)équilibre, née d'un deuil de sens trébuchant sur sa phase dépressive* (*op. cit.*, 2004, pp. 129-133 et 265-272).

vouer vaincus devant les maux des exclus qui ne cesseront de s'amonceler sur les bas-côtés de nos autoroutes thérapeutiques. Le mal d'ailleurs serait-il si grand ? Comme à chaque fois que nos yeux croisent une réalité que l'on préférerait occulter, un bandeau sur les yeux ou des œillères nous permettront de poursuivre notre insouciant quête du Graal.

Révolution clinique

Les apories de la pensée clinique sur l'exclusion nous ont révélé, à partir de la figure emblématique des requérants d'asile, que leur berceau loge dans les méandres de nos psychés de thérapeutes, récalcitrantes à l'idée d'entreprendre le deuil de sens multiformes qui nous imbibèrent dès nos écoles de formation, quelle qu'en soit par ailleurs l'épistémologie prisée. Devrions-nous donc, pour nous soigner, participer à des séances collectives - sorte de *groupes Balint* nouveau style - où nous entreprendrions ensemble l'élaboration de nos pertes déniées ? Il faudrait alors dénicher les perles rares, les soignants ayant déjà surmonté ce deuil nodal. Leur recherche risque d'autant plus de s'avérer vaine que l'affirmation d'un deuil réussi n'est le plus souvent qu'une contrefaçon du déni. Alors quelles pistes ?

Le nœud majeur se situe dans notre définition d'un lien thérapeutique totalement imperméable aux contraintes anthropologiques du lien social. Certes, pour pallier à cette béance, avons-nous forgé toute une série de concepts, de l'alliance thérapeutique à l'empathie. Mais une fois lavés de leurs scories, zestes de Maîtrise voilée, il n'en reste que des coquilles vides : le seul allié de l'alliance thérapeutique n'est-il pas le thérapeute ? et celui-ci n'est-il pas le seul, surtout s'il a affaire à des exclus, à comprendre le sens du mot "empathie" ? La réciprocité, fondement du lien social authentique, a déserté ces constructions théoriques. Réhabilitons-la !

L'anthropologie nous a appris, depuis Marcel Mauss, que le lien social se nourrissait de dons et de contre-dons, soit de réciprocité, équilibrée devrait-on ajouter. Ainsi, pour que l'exclu se voie

reconnu un espace au coeur de la page, pour que l'exilé se sente accepté, du moins toléré, dans la société d'accueil, il faut que les actes de langage échangés entre exclus et inclus, requérant d'asile et autochtone, patient et thérapeute, obéissent à une logique de réciprocité (Métraux J-C., 2000, pp. 457-464). Formulé différemment, si le thérapeute demeure l'unique dispensateur de paroles cicatrisantes, le patient finit par s'écrouler sous des dettes impossibles à rembourser. Si les *dons de souffrances* offerts par le patient à chaque fois que ses yeux s'embuent de larmes ne sont pas reconnus comme tels, il est acculé à redoubler de pleurs dans l'espoir sans issue de payer son tribut. Si le soignant ne reconnaît pas, face au patient, les sentiments d'impuissance qui le paralysent à chaque fois qu'une décision administrative repousse son vis-à-vis sur les bas-côtés de la page, le requérant en quête d'hospitalité finit par renoncer à l'hospitalité pour ne pas décevoir l'hôte. Sur la scène thérapeutique, contrairement à l'usage, l'attention première devrait être dévolue au jeu des acteurs, non aux directives du metteur en scène, ni surtout au texte de l'auteur, du moins supposé tel. *Chaque parole livrée recèle un don*. Chaque parole convenue, tels les mots usuels du thérapeute suite aux aveux d'impuissance de son patient, a la simple valeur numérique de pièces de *monnaie*. Chaque parole évoquant une souffrance, une impuissance, une incompétence, telles les phrases formulées par nos patients sur l'autel de la thérapie, ont valeur *précieuse*. Chaque parole effleurant l'intime, l'indicible, le viol d'un rêve de survie par des autorités au nez enfoncé dans les statistiques, a valeur *sacrée*. Contrebande de mémoires précieuses ou sacrées, achetées avec de menues monnaies : à ce jeu, quelqu'un triche.

Osons jeter nos dés pipés au rebut. Tentons l'aventure de l'échange égal, de la réciprocité. Les requérants d'asile en souffrance d'hospitalité seront les auteurs malgré eux de cette révolution clinique. Du moins, avant leur retour obligé, nous auront-ils laissé quelque chose...