

Francis Maqueda¹

Situations extrêmes et demandeurs d'asile (Retour en ex-Yougoslavie)²

A l'issue d'une séance avec un homme d'origine bosniaque demandeur d'asile, et après qu'il ait quitté le bureau, en pleurs, l'interprète que je connais depuis plus de dix ans, bouleversée par ce qui venait de se passer, m'interpelle comme ayant opéré une sorte de «réduction psychiste», de psychologiser en quelque sorte. Son reproche, complice et amical, au demeurant, cherche à repérer chez moi dans ma position de psy, une atténuation des causalités politiques et sociales qui auraient provoqué la souffrance psychique de cet homme. Il a à peu près 35 ans et une bonne dizaine d'années auparavant, arrêté et emprisonné dans un camp de «concentration» serbe, il aurait subi des tortures et des violences à caractère sexuel. En outre, il a perdu sa femme et son enfant et devant l'inanité de ses recherches, il en a conclu qu'ils étaient morts. (Son récit vient immédiatement mobiliser chez moi les souvenirs d'autres récits : ceux des réfugiés bosniaques rapportés lors des séances de supervision sur la côte dalmate. De ce fait, j'identifie très bien le camp dont il parle dans la région de Foca et Gorazde en Bosnie centrale). Plus tard, il s'est remarié, il a deux petites filles en bas âge, et semble avoir entrepris une errance à travers l'Europe pour aboutir et rester aux Pays-Bas pendant deux ans où sa demande d'asile a été rejetée. Le choix de ce pays semblant être lié à la présence du tribunal international.

C'est la troisième fois que nous le voyons et jusque là il avait alterné à notre égard des plaintes revendicatives sur l'hébergement qui lui est proposé depuis son arrivée à Lyon et des plaintes somatiques qui l'invalident dans sa position d'homme. Il est très critique par ailleurs sur le traitement médicamenteux psychiatrique qui lui a été prescrit en Hollande. Il ne le prend plus parce qu'il l'éteint complètement, lui faisant revivre un vécu d'impuissance. L'évocation que nous avons pu partager lors des deux premières séances, de sa détention dans le camp, le transporte dans un état où s'amalgament la douleur, la terreur et l'effroi. Il cherche son souffle dans ces moments là mais comme s'il alimentait une forge qui brûlerait tout, en particulier le temps où il se perd et il nous perd. La «situation extrême» qu'il a vécue apparaît comme une expérience sans fin, sans limite qui ne cesserait de se consumer ; et c'est à partir de cette représentation que l'idée sourd en moi que le feu chez cet homme devait couvrir depuis longtemps... bien avant la situation traumatique extrême qu'il nous expose. Il me transmet par ailleurs un

¹ - Psychologue clinicien
- Psychothérapeute à Santé Mentale et Communautés Villeurbanne
- Membre de la consultation de Médecins du Monde pour les demandeurs d'asile Lyon
- Président d'Appartenances Lyon

² Pendant le conflit en ex-Yougoslavie, de 1992 à 1997, j'ai travaillé comme co-superviseur de dispositifs de soutien psychologique aux réfugiés croates et bosniaques sur la côte dalmate dans un premier temps, puis à Sarajevo. En 1999, une nouvelle flambée du conflit éclate au Kosovo. Le même type de dispositif va être mis en place en Albanie pour les réfugiés kosovars. J'ai donc fait une quarantaine d'allers-retours dans cette région. (voir Francis Maqueda 1998 «carnets d'un psy dans l'humanitaire. Paysages de l'autre». Erès. Ramonville St Agne. Prix Psychologie 1998)

tel vécu de désespoir, une telle dysharmonie entre son allure physique de grand costaud et sa détresse psychique d'enfant abandonné, que je me risquerai à l'interroger sur l'existence de ses parents. Il ne s'y prête pas volontiers, mais finit par se présenter comme le petit dernier d'une fratrie de quatre, ayant seize ans de différence avec sa sœur aînée. Son père, qui travaillait en Allemagne, revient en Bosnie pour combattre, mais il est tué au tout début de la guerre. Sa mère, est, elle aussi, décédée, mais il a besoin de repasser par l'évocation des tortures au camp pour nous apprendre qu'en fait, elle est morte quand il avait neuf mois. Il a été élevé par sa sœur aînée et une tante paternelle elle aussi décédée, le père pourvoyant aux besoins de la famille depuis l'Allemagne.

Il précisera qu'il a eu somme toute une enfance puis une jeunesse, heureuses, voire sans limites ; l'interprète, de même origine que lui, ayant l'intuition de démêlés avec la police de son pays, avant et après sa détention et les tortures ; il en apportera la confirmation plus tard.

Je me forge peu à peu une représentation d'un sujet chez qui le traumatisme extrême répète une situation traumatique infantile qui s'origine dans le décès de la mère puis quelques années plus tard dans celui de la tante ; l'absence de père pendant l'enfance et la jeunesse semble problématique, il ne le voyait qu'à l'occasion de ses retours annuels pendant les vacances ; le dernier retour s'avérant fatal. L'image de la sœur aînée, substitut maternel, est polluée par le conflit, car bien avant celui-ci, elle avait fait un mariage dit «mixte », ayant épousé un homme d'une communauté devenue hostile à la Bosnie. Elle vit par ailleurs en ex-Yougoslavie et pourrait toutefois être un recours refuge si elle n'habitait pas un territoire autre que celui de la Bosnie.

C'est donc cette incursion que je sollicite dans l'histoire de cet homme avant la situation extrême qui me vaut de la part de l'interprète cet amical reproche de «réduction psychiste ». Il n'est évidemment pas question pour moi de nier que ce type de situation extrême produit un vécu d'impasse subjective, tant la révolte est vaine, et qu'il n'y a pas d'objet de recours externe concevable. Forcé dans une logique de la contrainte qui se répète, le sujet se sent anéanti, mis hors humanité, délié du «contrat narcissique » (Piera Aulagnier). Il est mis dans une espèce d'état d'exception paradoxal, «hors la loi » ou du moins d'une loi qui ne serait pas partageable car elle n'est que l'expression du principe de plaisir doublé de cruauté de la part des bourreaux. La conséquence peut en être qu'au-delà de la perte de confiance en l'autre, le sujet s'inscrit pour survivre dans une logique de désocialisation où pourront dominer justement des conduites anti-sociales. Par ailleurs, la figure de la castration en relation avec le sexuel peut être centrale (en particulier chez cet homme des vécus et des plaintes de séparation du corps en deux : au-dessus et en dessous de la taille) mais aussi celle (la castration) qui concerne la limite inexorable imposée à l'homme que l'on veut détruire alors qu'il veut vivre. Dans ce sens, il invoque souvent des sensations de coupure où il ne sent plus le bas de son corps qui se dérobe mais expose ainsi une coupure de soi-même où il n'est connecté qu'à la douleur provoquée par les actes extrêmes qu'il a subis : n'être plus que cela au détriment de l'ensemble de son expérience subjective. Bien évidemment c'est le clivage qui vient s'imposer, non pas seulement celui qui le couperait du vécu abominable de la torture que celui qui le couperait de l'expérience de ses liens antérieurs. Le sujet

n'est plus que sa douleur, accroché à elle comme au bastingage d'un bateau pris dans la tempête, sidéré par la brûlure qui a dévasté son estime de soi³. Mais ce dont le sujet peut se cliver aussi, c'est en quoi le traumatisme extrême vient obérer (forclore) les traumatismes antérieurs. Ce clivage, il peut le transporter chez les soignants si ces derniers ne s'accrochent qu'à la déflagration traumatique et en particulier dans les situations de demande d'asile quand cette demande est portée et argumentée à partir de l'expérience traumatique. Nous sommes confrontés alors, tant que nous ne sommes pas identifiés comme différents des instructeurs de la demande d'asile, à des sujets qui ne tentent pas de contrôler le retour interne des vécus de la situation traumatique, voire qui l'alimentent comme le feu qui couve et qui ne demande qu'à repartir. Nous pouvons alors nous retrouver liés à un paradoxe qui est que cette figure de l'autre que nous serions sensés occuper soit sans arrêt transpercée par le récit des atrocités subies, ligotés par le sujet dans une position revendicatrice (légitime au demeurant) de demande de réparation par l'acceptation de l'asile.

C'est là où la position soignante devient complexe, tant elle doit être attentive dans le contexte traumatique exposé à la subjectivité du sujet. Mais le peu que nous savons, c'est que le sujet ne peut traiter seul l'impact traumatique extrême en l'occurrence. Il doit passer pour ce faire, par un autre sujet et l'empathie de cet autre sujet pour métaboliser cette expérience. Cette empathie qui peut s'appuyer sur une sollicitude tempérée est ce qui permet l'accompagnement, l'exploration, et l'éprouvé de ce que les sujets agressés n'ont pu supporter de sentir dans la situation extrême elle-même. Cependant, je pense qu'au regard de ces situations, une position particulière mérite d'être mobilisée. Avant de la préciser, je rappelle que la violence de ces traumatismes intentionnellement produits par d'autres, porte atteinte à la confiance fondamentale, aux processus de liaison et aux liens intersubjectifs. Cette souffrance invalidante, cette « psychopathologie » générée par la violence produit une rupture dans les échanges sociaux de tout genre, voue à l'isolement, au silence, à la peur, voire à l'effroi. Elle produit une effraction du pare-excitation et entame le pacte narcissique ; par ailleurs, l'utilisation de la cruauté est majeure, voire réfléchiée dans ses moindres détails. Les sujets traumatisés sont donc soumis à une entreprise délibérée de destruction de l'enveloppe psychique, par rupture des liens permanents entretenus entre les faits psychiques et les univers référentiels. Les sujets sont instrumentalisés et rejetés hors de l'humaine condition. Il me semble alors qu'avec précaution, tact et discrétion, des relations d'alliance sont à mobiliser pour faire vivre au sujet un début de re-solidarisation citoyenne, d'appartenance commune à l'humanité. Ceci peut conduire le sujet traumatisé à percevoir que le thérapeute partage à la fois quelque chose de la situation traumatogène et une opinion commune sur l'intentionnalité de l'agresseur. Ceci peut lui permettre de vérifier aussi que tout n'a pas été atteint par la logique de l'effraction traumatique et qu'il peut, en tant que sujet, se relier à un autre sujet

³ A ce sujet, on peut en observer des traces étonnantes, par exemple, dans d'éventuelles manifestations de tics post-traumatiques, sorte d'agitation désordonnée et rapide du corps, accompagnée parfois de borborygmes injurieux qui donnent l'impression que le sujet est réduit à l'état d'animal blessé. Cf le cas exposé dans mon article de cette jeune malienne « L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile. Position soignante, position citoyenne ». *L'Autre. cliniques, cultures et sociétés* 2005. Vol.6, n°1, 111-124

semblable et différent sans que tous et tout soit soumis à l'identification aux théories des persécuteurs. C'est là, où l'attention aux événements d'ordre collectif qui ont produit ces situations traumatiques est importante, comme les causes sociales et politiques, les phénomènes de déviance ou de perte des normes qui les accompagnent. L'intérêt d'une telle position qui doit être prudemment maniée est de remobiliser chez le sujet traumatisé dans un premier temps, une sorte de violence féconde qui s'appuie sur le principe vital, et dans un deuxième temps de vérifier que sa propre violence peut s'exprimer sans qu'elle détruise le soignant. Cette dernière assertion est fondamentale car elle peut conduire le sujet souffrant à protéger le soignant, il n'est plus alors complètement pris dans l'expression totale de ce qu'il a subi pour alimenter la demande d'asile comme une pure revendication réparatrice. L'ensemble place le soignant dans une véritable position de témoin, témoin d'appartenance retrouvée à l'humaine condition, et non pas témoin qui exacerbe le témoignage jusqu'à en déposséder la victime.

Cependant, une telle disposition soignante implique évidemment un réaménagement de la pratique clinique habituelle. Le thérapeute en effet, n'est pas seulement en position d'amener le sujet à subjectiver une expérience non intégrée, il lui faut penser aussi avec ce dernier la manière dont il a été pensé et agi par son agresseur. Nous sommes alors bien néanmoins centrés sur une pratique et une théorie du soin qui s'appuient sur l'interaction. Samira est une jeune femme bosniaque que je vais recevoir avec la même interprète un mois après son arrivée à Lyon avec son mari. Elle inquiète les accueillants du centre de refuge où ils sont hébergés, tant elle manifeste de la terreur quand elle croise des hommes. La nuit, les hurlements qu'elle pousse, provoqués par ses cauchemars qui la dressent sur son lit, réveillent les voisins qui s'en plaignent. Ces manifestations paroxystiques sont probablement amplifiées par les procédures de récit que mobilise la demande d'asile et la situation de «familière et inquiétante étrangeté» occasionnée par l'hébergement collectif regroupant des communautés de réfugiés.

Elle a vingt trois ans maintenant. La décision de s'exiler s'est précipitée dix ans après la fin du conflit (les accords de Dayton mettant fin au conflit datent de 1995), alors que la maison qu'elle avait finie par occuper avec sa famille dans sa bourgade natale de Bosnie devait être rendue à une famille serbe. Leur propre maison à quelques centaines de mètres ayant été brûlée par les milices serbes lors du conflit. A cette époque, jetée à la rue par l'incendie, sa famille fut rassemblée avec d'autres par les agresseurs et amenée dans un centre de détention. Là, alors qu'elle a une dizaine d'années, elle est violée devant toute la communauté. Un de ses frères aînés qui tentait de la soustraire de l'agression est décapité sur-le-champ. J'entends immédiatement l'immense culpabilité qu'elle doit éprouver dans sa conscience de survivante paradoxale. Cependant cette précision factuelle tragique ne viendra qu'après plusieurs séances où j'accepte de recevoir de manière répétitive ses éprouvés d'angoisse à la vue des hommes du foyer d'accueil. Ces derniers réapparaissent la nuit dans ses cauchemars en grandeur disproportionnée. Elle parle de géants agresseurs à figure monstrueuse qui l'entourent en vociférant, sorte de «fantômes dans la chambre d'enfant» qui font surgir des terreurs d'anéantissement, d'écartèlement et d'effondrement. Je les entends comme des traces internes d'une situation extrême qu'elle ne peut contrôler et qui envahissent

autant sa vie diurne que nocturne. Ce sont évidemment des rêves traumatiques⁴. Psychiquement épuisée, somatiquement défaite par des douleurs importantes aux vertèbres cervicales, elle me fait craindre une possible décompensation que la nécessité du récit pour la demande d'asile pourrait précipiter. Aussi vais-je maintenir pendant plusieurs séances un écart de non immédiateté de la communication de la situation traumatique, voire une certaine opacité jusqu'à lui formuler une hypothèse ayant valeur de proposition d'alliance. Je me risque à lui dire que je la pense sous emprise d'hommes ayant commis sur elle des actes hors de la communauté humaine... contre nature humaine... et que ce négatif radical la hante au point qu'ils continuent à avoir prise sur elle ! Je crois avoir ajouté des mots au sujet de leur triomphe omnipotent, sans limites. Cette formulation va l'effondrer en larmes, mais lui permet d'évoquer une sorte de honte extrême ressentie dans son environnement en Bosnie, honte qui l'aurait poussée à partir, après qu'elle se soit mariée à un jeune coreligionnaire qu'elle dit aimer profondément, tout en le maintenant à distance sur le plan des rapprochés sexuels décrivant une phobie du contact et une vie pulsionnelle neutralisée. Pour ma part, j'étais jusqu'alors assez décontenancé par une apparente froideur opératoire qui me faisait penser à un enfant « élevé à la dure » de manière un peu frustrée, jusqu'à ce que je lui livre mon hypothèse sur ce qu'elle aurait subi. Vint alors le temps du récit des scènes traumatiques, soutenu sur le plan émotionnel par l'interprète de même origine qu'elle, lui proposant ainsi une espèce de « côte à côte » psychique que j'eus besoin d'accompagner parfois en me déplaçant aussi de la position de face à face pour lui tenir l'avant-bras. Ce double étayage corporel m'apparut cependant nécessaire pour soutenir ce dont cette jeune femme avait besoin pour se tourner vers les autres et tenter de partager le vécu de la situation traumatique. Nous pûmes ainsi l'accompagner en l'aidant à maintenir des zones de tact, de discrétion sur l'extrême brutalité des événements afin de se préserver d'un éventuel envahissement et de préserver aussi chez elle la manière dont elle avait probablement cherché à se soigner elle-même en se mariant par exemple, contractant une union qui apparaissait comme blanche sur le plan sexuel.

Ma constante préoccupation dans ce genre de situation est de ne pas « faire dire », le soignant pouvant être identifié par le sujet traumatisé comme un agresseur potentiel ; le simple fait de poser des questions, ou même d'interpréter pouvant être vécu comme une manipulation mentale propre à l'agresseur. Il faut donc se garder de forcer à parler... tant notamment le réel sidérant qui s'impose peut faire penser que les personnes traumatisées restent sous influence.

La question de la position du clinicien se pose donc au regard de cette influence, la fonction clinique doit prendre valeur d'enveloppe psychique, le clinicien devenant porte-parole du « holding » (portage psychique) et du « handling » (portage corporel). J'ajoute que lorsque la relation avec l'interprète fonctionne bien (ce qui est le cas dans cet exemple), elle introduit un mouvement positif d'objectalisation dans cette parole adressée pour un autre (le soignant) à un quasi même (l'interprète). L'interprète a par

⁴ Je me fais l'hypothèse que ces rêves sont des reproductions à l'identique d'une scène d'horreur déjà vécue, scène dont elle tait l'issue. Ces géants sont proportionnellement des adultes pour un enfant, il n'y a pas vraiment de symbolisation, de travail de transformation propre au rêve.

ailleurs une fonction médiatrice, il peut être porteur du contexte culturel, social, politique du sujet, porteur d'un implicite qui permet à ce dernier de revivre un lien phatique, source éventuelle d'un attachement retrouvé. Cet attachement dans l'alliance qu'il mobilise peut dépolluer le sujet de l'idée qu'il se serait faite comme quoi le contexte culturel dont il est issu est globalement contaminé par la cruauté. Il est vrai *a contrario* que l'interprète peut être perçu comme étant éventuellement aussi du même monde que les agresseurs, et entretenir durablement chez les sujets traumatisés des vécus de méfiance et de persécution.

Le soignant doit sentir cela assez finement, d'autant qu'il est amené à intervenir dans une situation qui a son histoire, et s'il est vrai que le contexte social et politique de la situation traumatique va se livrer rapidement, ce qui est de l'ordre de l'histoire du sujet demande à être mobilisé à son rythme. Chaque sujet pris au même titre que d'autres dans une même situation extrême va avoir une manière particulière de réagir. Il va la ressentir de manière personnelle et il faut être attentif au fait que l'explication politique et sociale ne recouvre pas son propre ressenti. Il va par ailleurs organiser sa propre stratégie de survie, selon une « logique » qui découle de la manière dont il s'est construit jusque là. Il sent « du dedans » ce qu'il a vécu, alors même que la détresse dans laquelle il se trouve peut nous faire penser qu'il est dans une impasse. Gardons-nous donc de proposer nos solutions, celles que notre savoir et nos théories du soin imposeraient, le risque étant de soumettre passivement le sujet à nos idéaux. En outre, ce genre de traumatisme est tellement « impensable » que seule l'attention accordée à l'expérience (psychique) permet d'en rendre compte.

En fait, confortons-nous dans l'idée que ce que nous apportons de plus précieux au sujet, c'est la possibilité de ne plus être seul face à ce qu'il éprouve. L'homme que j'évoquais au début me disait bien que ce n'était pas de médicaments dont il avait besoin, mais de me voir plus souvent. Je l'ai compris comme la reconnaissance d'une situation pouvant l'aider à trouver un sens possible à son extrême souffrance mais aussi lui rendre une humanité de base. Reprend-il contact avec lui-même, avec son histoire infantile par exemple, même si cette histoire que je sollicite est douloureuse, il est trop tôt pour le dire ? Il faut toujours s'attendre cependant à être mis dans une place de persécuteur. Samira, quant à elle, au décours des séances où elle évoque la scène traumatique, nous apporte un rêve nouveau qui se répétera. Elle donne naissance à un bébé dont elle dit qu'il est protégé par ses parents. Quand je lui demande comment elle l'interprète, c'est comme si, dit-elle, elle recouvrait une position de femme (adulte précise-t-elle) ; pour ma part, je pense qu'elle commence à balbutier un travail psychique de transformation intérieur, comme un processus réparateur. Nous l'avons ressenti aussi avec l'interprète comme un cadeau qu'elle offrait au couple soignant de même âge que ses parents, comme un partage d'une expérience subjective qui pouvait commencer à se re-symboliser. A quelles conditions cela est-il possible ? Probablement qu'à partir de cette position de témoin empathique que j'ai occupé⁵, étayée par le contact consolant de l'interprète, elle a pu

⁵ Dans ces situations, le thérapeute est « porteur d'affects », d'autant qu'il a été dans la position de recevoir la parole souvent violente des sujets traumatisés. Derrière l'indifférence parfois décrite de ces derniers (que j'ai qualifiée précédemment « d'apparente froideur opératoire ») se cache en fait une hyper attention à l'autre qui guetterait les affects provoqués par leur histoire. C'est une manière de vérifier l'effet de l'horreur provoquée par leur récit.

s'autoriser à mettre en mots, mettre en récit ce que l'expérience extrême avait sidéré...en précisant que c'était la première fois qu'elle en parlait. En d'autres termes, elle peut commencer à re-habiter son être, se re-situer dans son histoire, d'avant et d'après la situation extrême, mais plus tout à fait dans une coupure dont la béance n'était jamais cicatrisable. Un traumatisme est-il jamais cicatrisable d'ailleurs ? L'enjeu psychique de la survie qui en découle passe probablement par le recours à d'autres raisons de vivre, sans annuler la blessure.

La clinique des demandeurs d'asile est particulière ; souvent le temps est compté, tant ils risquent à tout moment d'être renvoyés d'où ils viennent. Cette particularité du temps fait que cet autre récit qui leur est demandé pour établir la validité de leur demande d'asile peut faire flamber les symptômes de la souffrance psychique. Le corps fait signe à défaut de faire sens, la souffrance les rend malades et peut donner l'impression parfois d'une pathologie psychiatrique gravissime non contextualisable par des accueillants et des intervenants non préparés, non habitués à de telles manifestations. Le risque est d'en envoyer l'origine au seul événement traumatique et de croire que la seule revendication de réparation est suffisante pour lever l'impact de la scène traumatogène. C'est le biais qu'emprunte la victimologie quand elle suppose que la réparation permet de mieux supporter le préjudice subi, d'en atténuer le malheur. Le travail psychique est d'un autre ordre, il tend vers une transformation intérieure qui s'apparente au deuil comme processus réparateur pour revenir à la vie et vivre avec sa blessure. C'est dire que c'est la capacité de vivre qui est mise à l'épreuve, malgré tout ce qui a été brisé en soi, en remobilisant ce qu'il y a de véritablement humain en soi. Dans ces situations extrêmes, la demande d'asile, est évidemment politique. Ces personnes projettent plus ou moins confusément dans l'octroi de l'asile une certaine façon de leur rendre justice et une manière de les restaurer socialement. C'est comme une chance qui leur est offerte de re-vivre dans un autre contexte qu'elles idéalisent comme non persécuteur. Toutefois, si l'œuvre de justice est fondamentale, accompagnée d'un travail de restauration sociale, le travail du clinicien, en tant qu'il ouvre au partage d'une expérience subjective agit justement là où le sujet a été expulsé de l'humaine condition.

Mars 2005