



L'agonie administrative des exilés

Une clinique de l'asile

Aude NGUYEN

Comité pour la santé des exilés, Paris, France

En 2012, 2448 patients ont été reçus au Centre de santé du Comede¹, dont 1840 en situation de demande d'asile. 231 patients ont été suivis en psychothérapie avec un(e) psychologue-psychothérapeute. Parmi l'ensemble des patients reçus par un médecin généraliste au Centre de santé, 65 % déclaraient avoir vécu des violences, 20 % des antécédents de torture et 11 % des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle².

A travers leurs parcours, ces patient(e) s témoignent de la défaillance des systèmes collectifs à protéger les individus de la violence primaire, dans le contexte de violence collective, organisée et/ou familiale. Celles et ceux qui ont fait une demande d'asile fuient des persécutions d'ordre politique (guerre, torture, enlèvement...) ou des violences liées à des pratiques familiales et/ou sociétales liées au genre (mariage forcé, représailles dues à l'orientation sexuelle...). Ces violences vécues dans le pays d'origine ont des effets sur le psychisme, décrits notamment dans la littérature sur les troubles psychotraumatiques (Baubet 2004).

Les conditions d'accueil en France et le contexte de la demande d'asile induisent par ailleurs une précarité sociale et administrative, que nous devons prendre en compte dans la clinique et la compréhension des troubles psychiques au sein de cette population.³

Le Centre de santé du Comede accueille en priorité les patients étrangers en situation particulièrement précaire sur le plan social et administratif : détenteurs d'un titre de séjour provisoire, sans couverture maladie ni hébergement stable, ne parlant pas français ni anglais, etc. Les patients que nous recevons font donc partie d'une population vivant des situations de grande précarité, de vulnérabilité sociale et psychique, parmi l'ensemble des deman-

Aude Nguyen est psychologue clinicienne-psychothérapeute au Comede (Comité pour la santé des exilés), Hôpital de Bicêtre, BP 31, 78 rue du Général Leclerc, 94272 Le Kremlin-Bicêtre Cedex.
Email : audenguye@hotmail.com

1 Le Comede est une association créée en 1979, travaillant pour la promotion de la santé, de l'accès aux soins et l'insertion des exilés en situation précaire. Le Comede propose des activités d'accueil, soins et soutien (le Centre de santé situé dans les locaux de l'hôpital du Kremlin Bicêtre et l'Espace santé droit à Aubervilliers), et de recherche, information et formation (Centre-ressources et Observatoire).

2 Voir le rapport d'activité du Comede 2012 télé-

chargeable sur le site internet www.comede.org

3 Cet écrit est le prolongement d'une réflexion ayant fait l'objet d'une communication au colloque organisé par l'association RIVE à l'EPS de Ville Evrard le 24 mai 2013. « Clinique de l'asile et précarité administrative ». A. Nguyen, L. Wolmark, Psychologues-Psychothérapeutes au Comede.

deurs d'asile. L'équipe pluridisciplinaire du Centre de santé propose des consultations auprès de différents professionnels (médecins généralistes, infirmier(e)s, psychologues-psychothérapeutes, assistant(e)s social(e)s, ostéopathes). Outre l'orientation et l'évaluation clinique, notre pratique de clinicien(ne)s correspond majoritairement à des entretiens psychothérapeutiques individuels d'orientation analytique. La durée du suivi n'est pas déterminée à l'avance. Les entretiens se déroulent avec la présence d'un interprète professionnel dans la langue du patient si nécessaire. Les patients que nous recevons en psychothérapie sont généralement des « primo-arrivants », présents en France depuis moins d'une année.

De manière générale, les étapes juridiques de la demande d'asile, la question de l'obtention du statut de réfugié et des « papiers » de manière plus large, produisent des effets délétères sur la vie psychique des patients, observables à travers la symptomatologie qu'ils présentent. Ces patients vivent une précarité symbolique associée à leur absence de statut administratif et juridique, qui dépasse les difficultés matérielles. D'autre part, leurs conditions de vie administratives et matérielles imprègnent également l'espace thérapeutique. Ce contexte de vie spécifique et la violence structurelle associée aux conditions d'accueil difficiles qu'ils ou elles peuvent vivre ici produisent des manifestations transférentielles et contre-transférentielles complexes.

Une souffrance psychique d'origine sociale et politique ?

La souffrance psychique d'origine sociale est liée aux objets sociaux (Furtos 2008). Pour les migrant(e)s en situation de précarité sociale et administrative, le travail et l'obtention « des papiers » font partie de ces objets sociaux. Or le titre de séjour provisoire attribué aux demandeurs d'asile lors de la procédure auprès de l'OFPPRA (*Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides*) ne les autorise pas à travailler et leur donne une allocation réduite. Le manque de places d'hébergement dans le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile fait que la plupart doivent chercher d'autres solutions d'hébergement, notamment auprès de compatriotes ou au sein des dispositifs d'hébergement d'urgence à travers le 115. Avec le durcissement du système d'obtention du statut de réfugié⁴, beaucoup de demandeurs d'asile se retrouvent déboutés du droit d'asile, en situation d'exclusion juridique, induisant une absence de légitimité administrative à rester sur le territoire français.

Demandeurs d'asile en situation précaire : exclusion sociale et invisibilité

Le temps de la demande d'asile se révèle comme un entre-deux, où le temps s'allonge, s'éternise parfois. Dans ce contexte, l'attente des étapes juridiques de la demande d'asile (convocation pour l'entretien à l'OFPPRA, demande de recours auprès de la CNDA⁵...) est marquée par l'inactivité forcée, le confinement, l'isolement relationnel et psychique. Cette attente peut s'illustrer par une forme d'agonie administrative vécue par le sujet, lorsque le temps de la convocation ou de la réponse s'allonge, le plongeant dans une attente sans fin, dans l'inertie et la passivité, remettant sa vie entre les mains d'une institution. Se perdre dans cette attente, aux frontières de la désolation, est un risque psychique encouru par celui ou celle qui demande l'asile. Dans ce contexte, une part de notre travail clinique consiste à accompagner cette attente. Sothirasa, un patient tamoul de 35 ans originaire du Sri Lanka illustre à travers son parcours administratif et son recours aux soins, cette forme d'attente spécifique. Il a été suivi au Comede pendant deux ans, par un médecin au départ puis également dans le cadre d'une psychothérapie de soutien et de séances d'ostéopathie régulières. Lors des entretiens avec moi, il revient sur son parcours d'exil, les tortures subies au pays, et surtout sur le quotidien

4 En 2012, seuls 21 % des demandeurs d'asile obtenaient le statut de réfugié politique selon le dernier rapport de l'Office Français de Protection des Réfugiés politiques et Apatrides (OFPPRA)

5 Cours National du Droit d'Asile.

en France, l'attente interminable des différentes procédures de sa demande d'asile. Son exil remonte à sept années, avec un premier séjour en France et une demande d'asile à partir de 2005. Il est finalement débouté du droit d'asile et retourne au Sri Lanka en 2010. Emprisonné et torturé à nouveau là-bas, il repart vers l'Europe en 2011 avec un passage de quelques mois en Angleterre, où il est détenu dans un Centre de Rétention Administrative. Il est alors renvoyé en France par les autorités et entame une nouvelle demande d'asile dans le cadre d'une procédure « prioritaire »⁶. Sothirasa souffre d'un syndrome dépressif sévère avec des troubles du sommeil majeurs, accompagné de douleurs multiples. Dans l'impossibilité de se projeter dans un avenir quelconque, il passe ses nuits à penser aux événements passés et à ses difficultés actuelles liées à la précarité matérielle et administrative. Sothirasa ne retrouve le sommeil qu'à partir du moment où il obtient finalement le statut de réfugié à la CNDA au bout d'un an et demi de procédure, ce qui correspond également au moment où il arrête les soins au Centre de santé. Il me dit lors du dernier entretien, que ces séances lui ont permis de ne pas être seul dans cette attente et de ne pas « devenir fou ».

L'absence de reconnaissance sociale a des effets d'anéantissement psychique chez les patient(e) s qui demandent l'asile et les déboutés du droit d'asile ou « sans papiers ». Le sentiment de précarité propre à la condition humaine peut être exacerbé par l'absence de légitimité et d'existence administrative, pouvant impliquer une perte de confiance en l'autre, en soi-même et en l'avenir. La question des papiers avec l'obtention du statut de réfugié permettant de nouvelles formes du lien social, une inscription réelle et symbolique dans la société du pays d'accueil, ne peut qu'être obsédante pour les patients.

Les « sans papiers », hommes ou femmes sans droits, se retrouvent enfermé(e) s en dehors du lien social et exclu(e) s de la société au sein de laquelle ils pensaient se reconstruire. La rupture du lien social souvent associée à leurs conditions d'existence induit un processus de désaffiliation du groupe, du collectif. Une partie d'entre eux se vit donc en situation d'exclusion et d'invisibilité sociale, administrative et psychique. L'assignation à une non-existence légale dans un climat de suspicion générale, ne permet pas toujours à ces personnes de soutenir une parole et de redevenir sujets de leur existence (Davoudian et al. 2012). Le quotidien apparaît donc comme potentiellement dangereux et devient inquiétant voire désorganisant. Certains se retrouvent dans un état d'errance, d'épuisement physique et psychique, expérimentant une forme de vacillement identitaire. La honte, le découragement et l'inhibition observés dans les situations d'exclusion (Maisonnieu 1997) sont évoqués par ces patients dont la vulnérabilité extrême imprègne la vie psychique.

Sarah

Sarah est une femme de 28 ans originaire du Congo Brazzaville. Elle est en France depuis 4 ans et a fait une demande d'asile. Lorsque je la reçois, sa demande d'asile a été rejetée à la Cour National du Droit d'Asile. La procédure d'asile étant terminée elle a dû quitter le Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile où elle était hébergée.

Une période d'errance marquée par une grande précarité suit cette fin des démarches administratives pour la demande d'asile. Elle dort « à droite à gauche », se prostitue parfois pour trouver un toit pour une nuit. Cette situation de grande précarité sociale l'empêche de penser, lui donne le vertige. Elle tourne en rond et le contenu des entretiens me donne également l'impression d'être répétitif, l'espace proposé pour s'exprimer étant occupé entièrement par des préoccupations de survie. Elle verbalise un sentiment de

6 La décision du Préfet oblige l'OFPPA à statuer selon une procédure dite « prioritaire », pour les personnes originaires d'un pays « sûr », celles dont les demandes d'asile sont considérées comme frauduleuses ou abusives, celles dont les demandes constituent une menace à l'ordre public.

grande vulnérabilité, répétant sans arrêt qu'elle n'a pas de place. Venue en France pour se protéger, elle se sent extrêmement insécurisée par sa situation, démunie comme « un arbre sans racines ».

Au fil des mois, Sarah est accompagnée par une association spécialisée pour les femmes en difficulté, ayant connu des situations de prostitution. Cet accompagnement social lui permet de bénéficier d'une place dans un foyer temporaire. Cette stabilisation d'hébergement lui ouvre la possibilité de dire les effets de la précarité administrative sur son psychisme et de revenir sur certains aspects de son histoire.

L'absence de titre de séjour lui rend l'accès au travail très difficile. La peur d'être renvoyée au pays est régulièrement abordée lors des entretiens, cristallisée par l'attente du courrier stipulant « l'obligation à quitter le territoire français ». Elle répète sans arrêt qu'elle a l'impression de n'« être personne », car elle n'a « pas de papiers ». Elle est bloquée sur le plan administratif et a l'impression d'être rejetée par les institutions (l'Etat, la sécurité sociale...). La possibilité de reprendre le cours de sa vie semble inaccessible, l'avenir devenant impensable, barré. Ces préoccupations autour de sa situation administrative engendreront des ruminations anxieuses, des insomnies, un sentiment de honte et d'échec constant associé à un vécu d'impuissance, en dehors des signes de troubles post-traumatiques (révivescences de scènes de viol et de violence, cauchemars ponctuels de ces scènes traumatiques...).

Sarah n'a plus de pièce d'identité, son passeport ayant été perdu lors du voyage migratoire, elle est venue en France avec un passeport d'emprunt. Les coordonnées de sa tante et de sa cousine au pays ont également été égarées. L'assistance sociale lui demande un acte de naissance et le certificat de décès de son père, ce qui la plonge dans un profond désarroi. En effet, cette obligation de fournir des documents administratifs liés à son existence au Congo s'avère particulièrement douloureuse. Ces démarches administratives la confrontent à sa propre solitude et à la nécessité de renouer quelque chose avec son pays, son histoire familiale.

A ce moment-là et au bout de 6 mois de suivi psychothérapeutique régulier, Sarah se met à parler de son histoire familiale. Elle revient sur la relation avec sa mère, marquée par une souffrance du lien. Elle souhaite la joindre par téléphone, afin de récupérer certains documents, seulement celle-ci est inaccessible, car elle a dû partir dans une région isolée afin de se protéger des militaires. En effet, suite aux persécutions vécues par Sarah en raison de sa relation amoureuse avec un militant politique d'un parti opposant au pouvoir, celle-ci a dû fuir la capitale avec sa sœur. Sarah porte une forte culpabilité à l'idée qu'elles puissent être en danger à cause d'elle, ce que sa mère lui a reproché lors de leur dernier échange téléphonique il y a des mois. Elle me dit également qu'elle a l'impression que sa mère ne l'a jamais aimée, car celle-ci la rejetée notamment à l'adolescence. Sarah me dit qu'elle a été abusée sexuellement par son beau-père pendant plusieurs années et qu'elle est tombée enceinte à 16 ans suite à ces viols. Sa mère ne l'a pas crue et n'a pas voulu entendre ce qu'elle lui a dit. Mise à la porte par celle-ci, elle se retrouve à la rue et doit se débrouiller seule. Elle se fait avorter et se débrouille avec des petits boulots. Elle connaît alors une période de stabilité jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée et violée par des militaires en raison de sa relation avec un homme ayant des liens avec le milieu politique. Ces événements ont entraîné son exil, car elle ne se sentait plus en sécurité au Congo. En France, ce vécu traumatique et douloureux a été réactivé notamment par des relations sexuelles imposées par des hommes contre un hébergement temporaire. Sarah me dira que la peur qu'elle avait de son beau-père s'est généralisée à tous les hommes.

Au bout d'un peu plus d'une année de suivi psychothérapeutique, Sarah a décidé d'arrêter les entretiens avec moi au Comede, afin de poursuivre dans une consultation proche de son lieu d'hébergement.

Le parcours de Sarah illustre bien la manière dont l'histoire traumatique individuelle s'entremêle avec les violences collectives. De plus, le rejet institutionnel lors de la demande d'asile dans le pays d'accueil peut résonner avec des failles narcissiques anciennes. Ainsi, au début du suivi, Sarah pleurait beaucoup et répétait sans arrêt « on m'a rejetée ». Le rejet de la demande d'asile lors du recours à la CNDA signifiant la fin de la procédure, plonge fréquemment les patients dans un état de détresse, un sentiment d'abandon par les semblables. Cet état rappelle ce que Freud nomma l'état de désaide du nourrisson en état de dépendance à l'autre, lorsqu'il pleure et qu'aucune réponse ne lui est renvoyée.

Tout comme Sarah, nous rencontrons régulièrement des patients en situation de détresse sociale chez qui la capacité de demander de l'aide persiste. Dans ce contexte, le sujet n'abdique pas, mais lutte pour sa survie réelle et psychique, il pourra s'appuyer sur un lien social et/ou soignant. Certains patients nous prient voir nous supplient de les aider, signant par cette demande le maintien du lien avec autrui et eux-même. Le risque est que le sujet se trouve figé dans cette position de « demandeur », car celui qui tombe dans la précarité est toujours en position de demander. Par ailleurs, celui ou celle qui demande l'asile attend d'être écouté(e) et cru(e), pour que lui soit offerte la possibilité de continuer à exister en tant que sujet à travers une reconnaissance institutionnelle, juridique, de ce qu'il a subi (Pestre 2010). Le sujet en situation de demande d'asile demande une présence et une réponse de l'autre.

Clinique de l'asile et violence structurelle

La symptomatologie présentée par ces patients s'exprime souvent à travers des syndromes psychotraumatiques (Veisse et al. 2012). Des troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que des plaintes somatiques multiples, se rajoutent souvent au syndrome de répétition traumatique (cauchemars, flashbacks, etc.). Les cas de traumatismes complexes sont repérables notamment à travers une modification chronique du caractère, une altération durable et profonde de la relation aux autres et des systèmes de croyances (Herman 1992). Les syndromes dépressifs plus ou moins sévères sont également fréquents.

Toutefois, il est important de souligner que « les traumatismes psychiques, pour sévères qu'ils aient été, ne résument pas la complexité de la souffrance des patients, qui est également liée à d'autres facteurs, comme les deuils, l'exil, le contexte social et politique de l'accueil en France, etc. » (Baubet 2008 : 2).

Effet traumatique de la précarité administrative

Le parcours et les étapes de la demande d'asile sont souvent omniprésents dans le discours des patients, constituant une des spécificités de la clinique auprès des demandeurs d'asile. Les recrudescences post-traumatiques sont fréquentes avant et après le passage à l'audience de l'OFPPRA, car l'injonction à témoigner avec le récit sur les violences et tortures favorise une actualisation du trauma (Pestre 2010).

Par ailleurs, l'insécurité vécue par le sujet concernant son devenir administratif, juridique et la peur d'être renvoyé au pays d'origine qualifié de « meurtrier » par certains, peut être potentiellement traumatique. Cette peur ressentie souvent de manière latente lors de la procédure de demande d'asile devient omniprésente s'il est débouté du droit d'asile et peut aller jusqu'à occuper tout l'espace psychique. Parfois, la précarité administrative extrême peut réactiver les traces de l'après-coup du trauma.

Le cas de Sevan, un jeune homme de 27 ans de nationalité géorgienne vient illustrer ce point. Il vient au Comede pour consulter un médecin généraliste pour soigner ses maux de tête et ses troubles du sommeil. Celui-ci me l'adresse en raison de son état psychique inquiétant. Visiblement en grande souffrance, il manifeste une angoisse massive depuis la fin de la procédure d'asile où il se retrouve « sans papiers ». Très isolé, il vit dans la peur permanente d'être arrêté par la police et renvoyé dans son pays. Il verbalise des idées suicidaires depuis la précarisation de son statut administratif, marquant une aggravation significative de son état psychique.

Au cours des entretiens, il me parle de son parcours d'exil. D'origine arménienne, il a vécu avec ses parents, son frère et ses grands-parents en Géorgie. Il est issu d'une famille plutôt aisée et a fait des études pour être ingénieur en mécanique. Son père, dirigeant d'une entreprise a subi des représailles en raison de ses relations avec le milieu politique. Sommé de renoncer à son entreprise par les autorités, le père du patient ainsi que son frère et lui-même ont été victimes de plusieurs agressions, puis de menaces de mort. Toute la famille a dû se réfugier dans un village afin de fuir les persécutions. Ils ont été arrêtés et emprisonnés, seuls les grands-parents ont été relâchés. Sevan n'étaient pas présent lors de l'arrestation, il a été aidé dans sa fuite par un ami du père. Il a fui alors le pays en passant par l'Ukraine pour venir en France. Il apprendra plus tard qu'il a été jugé malgré son absence et condamné à la même peine que son frère, soit 6 ans de prison.

Sevan ne mentionne pas d'antécédents psychiatriques particuliers. Il évoque pourtant une angoisse de persécution, avec l'impression que quelqu'un marche derrière lui dans la rue. Il mentionne des phénomènes hallucinatoires lorsqu'il entend des voix la nuit, celles de ses persécuteurs en Géorgie qu'ils lui disent : « on te retrouvera aussi ». Il rapporte des cauchemars qui présentent une impression d'intense réalité où la police ici l'attrape et le renvoie au pays, où il est emprisonné et torturé. A son réveil il ne fait plus la différence entre le rêve et la réalité et envisage la mort comme moyen d'arrêter la souffrance. Il a par ailleurs la certitude que ce rêve correspond à ce qui va se passer dans la réalité.

Depuis qu'il n'est plus en règle sur le territoire français, Sevan évite de sortir de chez la personne qui l'héberge, car outre la peur d'être arrêté par la police, il a l'impression que les gens le regardent différemment, comme s'il n'était pas un être humain normal.

Au bout de six mois, Sevan n'est plus venu aux séances avec moi ni aux consultations du médecin. Nous avons essayé de le recontacter, ce à quoi il n'a pas donné suite.

La question de la perte d'identité et de la désubjectivation qui se pose en raison des réaménagements psychiques suite au trauma vécu par les patients, semble renforcée par cette absence de statut administratif dans le pays d'accueil. Cette précarité spécifique viendrait accentuer les effets psychiques de l'exil, des pertes et deuils à faire, des blessures narcissiques profondes. Le processus d'exclusion induit une négation du sujet, un effacement possible de la scène collective et sociale, qui se traduit souvent par des disparitions et des réapparitions dans l'espace thérapeutique. Il est fréquent de voir que des patients comme Sevan, ne viennent plus aux séances, puis reviennent au bout de six mois ou une année, marquant ainsi des arrêts et des reprises du processus thérapeutique.

Dans ce contexte, le délitement du lien social, l'apathie, les cauchemars aux formes hallucinatoires, les oublis répétitifs ou encore l'accentuation des plaintes somatiques, peuvent être les signes d'un trauma cumulatif résultant en partie de cette exclusion sociale et politique. La réversibilité des troubles dépend de la structure initiale du sujet, des ressources psychiques et réelles

dont il dispose pour faire face à cette épreuve. Il est important de souligner que la majorité des patients surmonte les blessures narcissiques générées par le rejet de leur demande d'asile grâce à des stratégies défensives individuelles et collectives (communautaires, religieuses, etc.). Tamalini, une jeune femme tamoule de 28 ans, déboutée du droit d'asile lorsque je la rencontre, témoigne à travers son parcours d'une capacité à poursuivre son cheminement psychique et réel, malgré cette impasse administrative. Il semble que le recours au soutien de quelques compatriotes tamouls ici et une pratique religieuse importante aient contribué à lui procurer un sentiment de sécurité relatif, malgré la précarisation de son statut administratif. « Sans papiers » et sans ressources ici, elle est un peu soutenue financièrement par ses deux frères qui ont obtenu le statut de réfugié en Angleterre. Au-delà du récit autour des événements traumatiques vécus quelques années plus tôt ayant entraîné son exil, le travail clinique entrepris depuis plus d'une année a permis de faire ressurgir des souvenirs de guerre civile connus avec sa famille, alors qu'elle était enfant et adolescente. Au début du suivi, elle était encore très envahie par les reviviscences des scènes traumatiques dans la journée et plus encore la nuit à travers des cauchemars répétés. Elle a pu verbaliser son sentiment de honte et de culpabilité suite aux viols subis dans les camps au Sri Lanka. Seule en France, elle ne sortait pas de chez son hôtebergeante durant la première année, hormis pour aller à ses rendez-vous administratifs et au Comede. Elle s'est progressivement mise à sortir faire ses courses, à fréquenter régulièrement un lieu de culte et s'est réinscrite dans un cours de français où elle se rend chaque jour. Elle recherche actuellement à travailler au sein de sa communauté pour garder des enfants. Le travail de la psychothérapie a aussi consisté à accompagner ce mouvement d'autonomisation relative, chez une jeune femme qui n'avait jamais dormi sans sa mère avant d'arriver seule en France il y a quatre ans.

Violence structurelle et travail des professionnels

Les inégalités liées au statut socio-économique, ethnique et au genre, au sein d'une société peuvent engendrer des formes de violence structurelle sur une population (Farmer 1997).

Les demandeurs d'asile sont soumis à la violence structurelle du droit et de la politique, une forme de violence indirecte, qui agit notamment à travers la soumission à un processus administratif et juridique complexe, dans un contexte de suspicion concernant la véracité de leur parole. La non-reconnaissance de l'Etat concernant les persécutions subies peut représenter une autre forme de violence pour le sujet en quête de refuge, à travers la négation de son témoignage, de sa parole. L'absurdité de la situation dans laquelle se trouvent souvent les demandeurs d'asile rappelle le héros de Kafka (1914), soumis à un procès qu'il ne comprend pas, démuné face à une loi toute puissante qui le dit coupable d'exister.

Ce contexte de crise de l'asile peut induire un sentiment d'impuissance, de colère ou de découragement chez les soignants et les différents intervenants professionnels qui accueillent et accompagnent ces patients. Ceux-ci sont confrontés quotidiennement à la violence structurelle du contexte d'inhospitalité et de soupçon souvent réservé aux étrangers. Ce réel difficile et encombrant pour le sujet peut l'être aussi pour les professionnels, car chaque rencontre exige une forme de souplesse, de créativité et questionne souvent notre cadre de travail. Ces situations posent des questionnements professionnels, éthiques voire politiques sur nos pratiques, notre place et fonction, et sur les effets de nos actions. En tant que professionnels intervenant auprès de ces patients, nous sommes parfois témoins de situations socialement, institutionnellement et humainement violentes. Il est alors nécessaire de pouvoir les penser à plusieurs, lors de temps d'échange en équipe pluridisciplinaire et de favoriser le travail en

réseau. Malgré tout, se pose parfois la question de savoir comment se dégager de la « massivité » de cette clinique ? Comment participer à l'humanisation de ce qui est déshumanisant, sans se situer du côté de l'agir ou à l'inverse dans le déni de la réalité vécue par les patients ?

L'accueil et l'hospitalité peuvent être des moyens de résistance face aux processus de déshumanisation et d'invisibilité, afin de permettre qu'une parole vraie puisse s'énoncer, que le sujet puisse retrouver sa dignité par la reconnaissance de son humanité.

Toutefois ces patients ont souvent une demande massive où les dimensions sociales, psychologiques et somatiques sont entremêlées, pouvant amener une forme de confusion dans les modalités d'intervention des différents professionnels. Cette particularité de la demande nécessite de prendre du temps pour comprendre ce qui se joue dans les différentes composantes d'une même situation. Dans ce contexte, le ou la psychologue peut être amené(e) à adopter par moment une fonction de porteur des demandes des patient(e) s auprès d'un médecin, d'un(e) assistant(e) social(e) ou d'un(e) autre intervenant(e). En effet, les entretiens psychothérapeutiques peuvent être un espace où émergent les demandes diverses des patients. Sans basculer dans le registre de l'agir permanent, nous sommes souvent amenés à intervenir indirectement dans le champ de la réalité à travers la mise en lien et la sollicitation de différents intervenants. Le patient n'étant pas toujours en capacité de solliciter lui-même les professionnels, pour des raisons psychiques ou plus concrètement de non maîtrise du français ou de méconnaissance du fonctionnement institutionnel. Notre travail oscille donc entre une position classique de thérapeute dans le cadre d'un suivi psychothérapeutique et une fonction de lien avec la réalité, selon les moments du suivi et les patient(e) s.

De plus, le travail clinique auprès de ces patients mobilise les affects du côté du thérapeute liés au trauma vécu par les patients (Lachal 2006). La détresse sociale et existentielle associée aux conditions de vie ici manifestée lors des entretiens peut contribuer à un sur-investissement du professionnel. Ce transfert massif amène parfois des réactions contre-transférentielles envahissantes, comme le partage d'affects ou les sensations somatiques éprouvées par le clinicien.

Conclusion

La clinique auprès des personnes étrangères en situation de précarité et d'invisibilité administrative et sociale entraîne souvent une mise à l'épreuve de nos modalités de travail habituelles. De manière concrète se pose notamment la question du recours à un interprète professionnel pour les personnes non-françophones ou la question de la complexité de la sectorisation en psychiatrie pour les personnes en errance géographique. Il paraît nécessaire de reconnaître les spécificités de cette clinique dans le champ psychopathologique, les particularités du contre-transfert, la dimension de précarité sociale, administrative et la question de la différence culturelle. Néanmoins, il est important de ne pas en faire une clinique d'exception, car l'universalité psychique permet de saisir chez ces patients des problématiques bien connues autour de la perte, du deuil, du renoncement ou du questionnement identitaire et de l'isolement psychique, que l'on peut rencontrer chez tout sujet. Maintenir une place de clinicien (ne) sans être totalement envahi(e) par la réalité socio-administrative du contexte dans lequel nous travaillons est important, car cela peut nous permettre d'entendre quelque chose de ce qui se joue au niveau psychique et inconscient pour le sujet. Notre travail se poursuit pour la liberté du patient, à savoir participer à ce qu'il puisse se ressaisir, se relever de sa trajectoire traumatique passée tout en opérant un dégagement psychique du présent suffisant pour pouvoir penser la suite de son parcours de vie ici ou ailleurs.

Le concept de désolation issu de l'œuvre de Hanna Arendt (1951) et repris par le psychanalyste Edmundo Gomez Mango (2008), éclaire la clinique auprès des migrants en situation de précarité rencontrés dans ma pratique au Comede. Elle décrit la désolation comme processus à la fois politique et social, affectant les peuples soumis à des régimes totalitaires et contraints au déplacement, mais également comme une expérience subjective qui s'impose au sujet. Ce processus décrit l'expérience radicale de l'exclusion totalitaire de l'humain. L'homme en état de désolation expérimente une perte du sentiment continu d'exister et d'appartenir au monde. Les patients que je rencontre témoignent des violences et tortures subies dans leur pays comme autant d'expériences de déshumanisation. La précarité administrative et sociale qu'ils vivent en France participe également à un processus de désolation intime. Des patients répètent souvent lors des entretiens, leur sentiment de n'être personne, que personne ne les entend ni ne les reconnaît dans leur souffrance. Certains connaissent des états de dépersonnalisation et de déréalisation.

Nous ne pouvons que nous interroger sur les effets psychiques au long cours de cette violence structurelle sur le psychisme des migrant(e) s en situation précaire et de leurs enfants destinés à grandir ici.

Au niveau collectif, se pose également la question de la résonance en chacun de la violence engendrée par la manière dont la figure de l'étranger est traitée dans le discours social dominant actuel. Cet Autre différent et semblable à la fois est souvent appréhendé à travers le prisme du soupçon, associé à la peur et au rejet, comme l'expression symptomatique d'un malaise dans la civilisation. ●

■ Bibliographie

- Arendt A. *Les origines du totalitarisme. L'impérialisme*. Paris : Le Seuil. ; 1982
- Baubet T. et al. Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques. *Journal International de victimologie* 2004 ; 2 (2).
- Baubet T. Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants. *Maux d'exil* 2008 ; (25) : 1-3.
- Davoudian C. et al. *Mères et bébés sans papiers, une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?* Ramonville St Agne : Erès ; 2012
- Farmer P. On suffering and structural violence : a view from below. In : Kleinman V. *Social suffering*. Berkeley : Editons University of California Press ; 1997
- Furtos J. *Les cliniques de la précarité*. Paris : Edition Masson ; 2008.
- Gomez Mango E. Pour une clinique de la désolation. In : Sassolas M. *Conflit et conflictualité dans le soin psychique*. Ramonville St Agne : Erès ; 2008. p. 99-207.
- d'Halluin E. La santé mentale des demandeurs d'asile. *Hommes et migrations* 2009 ; (1282) : 66-76.
- Herman JL. Complex PTSD : a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal Trauma Stress* 1992 ; (5) : 377-391.
- Kafka F. (1914) *Le procès*. Paris : Gallimard, coll. « Foliothèque » ; 1998.
- Lachal C. *Le partage du traumatisme : contre-transfert avec les patients traumatisés*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2006.
- Maisondieu J. *La fabrique des exclus*. Paris : Bayard ; 2010.
- Pestre E. *La vie psychique des réfugiés*. Paris : Payot ; 2010.
- Veïsse A. et al. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *BEH* 2012 : 36-40.

■ Résumé**L'agonie administrative des exilés. Une clinique de l'asile**

A partir d'une pratique au sein du Comede, en tant que psychologue-psychothérapeute, auprès de patients exilés, demandeurs d'asile en situation précaire, l'auteure évoque quelques particularités de cette clinique. Les effets de la précarité administrative et matérielle vécus par les patients en situation de demande d'asile, déboutés du droit d'asile et « sans papiers », sont décrits notamment sous l'angle de l'exclusion sociale et politique, induisant une forme d'anéantissement psychique et de négation du Sujet. Le parcours de la demande d'asile, l'absence de statut administratif et juridique ainsi que la précarité sociale peuvent réactiver ou renforcer les traumatismes vécus dans le pays d'origine. Dans ce contexte, le patient manifeste une souffrance psychique assujettie au droit et à la politique qui produit des manifestations transférentielles et contre-transférentielles complexes. La violence structurelle vécue par ces patients participe à un processus de déshumanisation et induit des effets psychiques sur les professionnels qui les accompagnent.

Mots-clés : *demande d'asile politique, France, précarité administrative, exclusion, violence structurelle, traumatisme psychique.*

■ Abstract**The administrative agony of exiled patients. An asylum clinic**

As a psychologist and psychotherapist working in Comede with exiled patients, asylum seekers in precarious situations, the author discusses some characteristics of this clinic. The effect of material and administrative deprivation experienced by the patients in the process of asylum application, or those rejected from asylum and illegal migrants are described in terms of social and political exclusion. This leads to a form of psychic annihilation and denial of the Subject. The process of applying for asylum, the lack of an administrative or legal status along with social insecurity can reactivate or increase traumas experienced by the patients in their countries of origin. In this context the patient experiences mental suffering, subjected to law and politics. This produces complex transference and counter transference manifestations. The structural violence experienced by those patients participates in a dehumanizing process, thus inducing psychological impact on professionals accompanying them.

Key words : *political asylum, France, administrative insecurity, exclusion, structural violence, psychological trauma, exile.*

■ Resumen**La agonía administrativa de los exiliados. Una clínica del asilo**

A partir de una experiencia clínica como psicólogo y psicoterapeuta en el Comede con pacientes exiliados en situación precaria y solicitantes de asilo, el autor analiza algunas características de esta clínica. Los efectos de la precaridad administrativa y material que sufren los pacientes a la espera de un asilo, o a los que se les ha negado este estatus o aún los "sin papeles", han sido descritos en términos de la exclusión social y política que inducen una forma de aniquilación psíquica y de negación del sujeto. El proceso de la solicitud del asilo, la ausencia de estatus administrativo, la inseguridad jurídica y social pueden reactivar y fortalecer los traumas vividos en el país de origen. En este contexto, el paciente vive el sufrimiento mental sometido al derecho y a la política que produce manifestaciones transferenciales complicadas. La violencia estructural que sufren los pacientes participa en un proceso de deshumanización e induce efectos psicológicos en los profesionales que los acompañan.

Palabras claves : *asilo político, Francia, inseguridad administrativa, exclusión, violencia estructural, trauma psicológico, exilio.*