

Élise Pestre
Pascale Baligand
Laure Wolmark

*Ségrégations à l'hôpital.
De quelques figures de l'étranger
dans la relation de soin*

Alors qu'elle a été déboutée de sa demande d'asile, madame S. a initié des démarches de recours contre cette décision. Par ailleurs diagnostiquée d'une maladie grave, elle a besoin d'une opération gynécologique lourde. La clinique vers laquelle madame est orientée refuse cependant de programmer l'opération, arguant de la situation irrégulière de cette patiente. Or, elle est détentrice d'une CMU et d'une CMU complémentaire¹ et possède une carte vitale en cours de validité. Une intervention du Défenseur des droits sera nécessaire pour obtenir la programmation de l'opération. Ce cas, qui figure dans le rapport d'activité 2014 du Comité médical pour les exilés (Comede)², fournit un bon exemple des obstacles à l'accès au soin rencontrés par certaines populations vulnérables. Il montre la confusion susceptible d'exister entre les contraintes administratives et la pratique des soignants.

Élise Pestre, Case courrier 7058, UFR d'Études psychanalytiques, université Paris-Diderot - 5, rue Thomas-Mann, F-75205 Paris Cedex 13 ; elise.pestre@gmail.com

Pascale Baligand, Case courrier 7058, UFR d'Études psychanalytiques, université Paris-Diderot - 5, rue Thomas-Mann, F-75205 Paris Cedex 13 ; pbaligand@hotmail.com

Laure Wolmark, psychologue clinicienne, Comede (Comité médical pour les exilés), hôpital Bicêtre - 78, rue du Général Leclerc, F-94250 Le Kremlin-Bicêtre ; Laure.wolmark@comede.org, www.comede.org

1. Il s'agit de la prise en charge par l'assurance maladie de la part obligatoire (Sécurité sociale) et de la part complémentaire des dépenses de santé pour des personnes éligibles sous condition de ressources.

2. Rapport 2014, <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2014.pdf>, p. 70.

D'une manière générale, on observe que malgré des tentatives d'inclusion des populations en situation de précarité par les politiques nationales, la cristallisation des inégalités sociales ne cesse de croître ainsi que l'augmentation des ségrégations et des discriminations dans le domaine public³, y compris dans le domaine de la santé. Ces phénomènes peuvent prendre des formes variées, allant du refus de soin à des orientations différenciées vers des institutions qui ne relèvent pas du droit commun. Dans un contexte politique et social sensible, que l'actualité ne cesse de ramener sur le devant de la scène (terrorisme, naufrages de réfugiés, etc.), l'étranger – ou celui qui est perçu comme tel – se profile bien comme l'une des figures paradigmatiques des ségrégations actuelles, dévoilant une logique de séparation à l'œuvre entre soi et l'autre.

En tout état de cause, et le cas de madame S. l'atteste : les logiques ségrégatives et discriminatoires sont complexes et sollicitent des échelles d'analyse diverses, où la contribution conjointe des sciences humaines et sociales s'avère nécessaire.

Les discriminations qui se déploient dans le champ de la santé renvoient à la pratique d'un traitement différencié des patients en fonction de critères subjectifs, et sans fondement ; elles concernent bien souvent des personnes étrangères au sens administratif du terme, c'est-à-dire étrangères au national, mais aussi – et surtout – à ce qui est perçu, consciemment ou non par le soignant, comme faisant étranger. Les possibles incidences de l'étrangeté et de l'étrangèreté du patient en jeu dans la relation soignant-soigné retiendront ici toute notre attention. Car si, pour reprendre les termes d'Hannah Arendt « l'étranger est le symbole effrayant du fait de différence en tant que tel », comment éclairer ce qui provoque un sentiment d'altérité, parfois radical, chez le soignant, au point de le conduire à se détourner de sa tâche primaire (le soin) ? Observe-t-on des récurrences relatives à ce qui "fait étranger" dans le transfert et des coïncidences avec ce qui fait obstacle à la prise en charge ?

Le choix du signifiant étranger (et non celui d'immigré ou d'exilé) nous semble opportun dans la mesure où l'étranger renvoie non seulement à « celui qui n'appartient pas à la nation⁴ » mais intègre aussi, comme son ancienne dénomination *estrangier* l'exprime, celui « qui a un caractère d'étrangeté ». Dans une optique psychanalytique, nous verrons comment ces différentes significations « d'étranger » s'entrelacent dans le transfert inhérent à la relation de soin. En effet, nous supposons que les phénomènes en jeu dans cette relation entreront en résonance avec les ségrégations que l'on observe à un niveau plus étendu, dans la société. Nous introduirons ici plusieurs pistes de

3. Commission nationale consultative des droits de l'homme, *La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie* – Année 2013, Paris, La Documentation française, 2014.

4. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (<http://www.cnrtl.fr>).

travail à partir d'éléments recueillis auprès de soignants au sein d'hôpitaux de la région parisienne⁵. Ces données permettront de penser les modalités transférentielles récurrentes à l'échelle de la relation soignant-soigné, et la dynamique des formes de ségrégation contemporaine qui émergent à travers les figures majeures de l'étranger malade dans le transfert.

LA RELATION DE SOIN COMME LIEU DE SÉGRÉGATION DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ

Depuis le début des années 2000, des enquêtes en sciences sociales et en santé publique ont mis en lumière les difficultés spécifiques d'accès aux soins des personnes étrangères, ou perçues comme telles, en les reliant à des discriminations dans l'accès aux soins et à des inégalités sociales de santé. En 2000, Didier Fassin rendait compte de la porosité entre le climat politique et social et les enjeux autour de la santé des migrants⁶. Plus récemment, l'enquête « Trajectoire et origine⁷ » faisait apparaître que la santé des migrants avait tendance à se dégrader à partir de leur cinquième année dans le pays d'accueil. En outre, cette enquête proposait des éléments d'analyse de ces données en explorant le sentiment des patients d'avoir été discriminés lors de leur contact avec le personnel médical. De son côté, la population immigrée et originaire des DOM invoque très fréquemment l'« origine » et la « couleur de peau » comme motifs de traitement différencié par les professionnels de santé⁸, ce qui tend à rejoindre les rapports et publications d'associations spécialisées qui soignent et soutiennent les personnes étrangères. Ces rapports d'association alertent sur les difficultés d'accès aux soins des migrants (Association Primo Levi, 2013 ; Comede, 2014) et témoignent, au-delà des difficultés d'accès aux soins qui peuvent se fonder sur des obstacles administratifs (accès à la protection maladie), de la façon dont la stigmatisation et la suspicion à l'égard des personnes étrangères imprègnent l'accueil des soignants et participent des obstacles à l'accès aux soins⁹.

L'enjeu de notre recherche consiste alors à préciser les ressorts de cette stigmatisation dans la prise en charge et les orientations des patients étrangers, ou supposés étrangers. En effet, s'il apparaît que les recherches

5. Cet article se fonde sur une étude empirique qui porte sur le malade étranger dans la relation de soin, recherche qui fait l'objet d'un partenariat entre le Centre de Recherches Psychanalyse Médecine et Société (CRPMS) et le Comité pour la santé des exilés (Comede). Nous nous focaliserons ici sur les résultats issus de l'analyse de trente entretiens conduits auprès de professionnels de santé, au sein de différents services hospitaliers de la région Île-de-France.

6. D. Fassin (sous la direction de.), *Homme et migration*, n° 1225, *Santé, le traitement de la différence*, 2000.

7. C. Hamel, M. Moisy, *Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé*, Documents de travail n° 190, Paris, INED, 2013, p. 11.

8. Entre 19 à 51%, selon l'origine des personnes interrogées, *Ibid.*, p. 32.

9. Association Primo Levi, *Soigner les victimes de torture exilées en France, livre blanc*, 2013, p. 16.

qui tiennent compte de l'origine des personnes comme facteur d'inégalités sociales de santé sont de plus en plus nombreuses en épidémiologie et en santé publique, la place qu'occupe la relation de soin dans ce contexte s'avère peu explorée¹⁰ et n'a pas été étudiée par la psychologie d'orientation analytique. Or, c'est précisément au sein de la relation de soin que vont être générées des orientations médicales et des choix thérapeutiques. Nous faisons l'hypothèse que c'est en explorant cette relation (micro) en tant qu'elle est traversée par la réalité sociale et qu'elle constitue un potentiel lieu de traitement différencié, que l'on pourra mettre au jour des phénomènes déterminants dans l'émergence de discriminations observées à une échelle plus large (macro). Il s'agit aussi d'observer plus en détail la façon dont ces espaces poreux – réalité sociale et subjective – communiquent entre eux de manière continue.

TRANSFERTS À L'HÔPITAL

L'unité de soin envisagée – la relation soignant-soigné – représenterait ainsi, à travers ce qui a cours sur les scènes psychiques des protagonistes, une forme de condensé de ce qui se déroule sur la scène politique et sociale. À l'hôpital, la relation soignant-soigné s'avère en effet traversée par les discours politiques, sociaux, et conditionnée par les enjeux subjectifs de chacun des protagonistes. Les liens qui vont être générés dans cette relation, tout comme les effets qui vont en découler, sont d'ordre transférentiel. On s'appuiera ici sur une *psychanalyse en extension* dans le champ social, – qui se noue avec celle *en intention*, plus didactique en somme, en jeu dans la cure¹¹. Le transfert, s'il se manifeste éminemment dans la pratique psychanalytique, s'étend à d'autres situations, en l'occurrence à la relation à d'autres soignants, et notamment au médecin, en tant qu'il se voit investi par son patient comme "sujet supposé savoir". Ce soignant, en effet, qui doit répondre à une demande de son patient « plus que jamais se supporte de ce mythe de sujet supposé savoir, et c'est cela qui permet l'existence du phénomène de transfert en tant qu'il renvoie au plus primitif, au plus enraciné du désir de savoir » avance Lacan¹².

10. E. Carde, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, n° 2, vol. 19, 2007, p. 99-109.

11. J. Lacan, « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'école », inédit, *Ornicar ?*, n° 1, Analytica, vol. 8, 1978.

12. J. Lacan, « La place de la psychanalyse dans la médecine », *Cahiers du collège de médecine*, vol. 7, n° 12, 1966, p. 765-769.

La formule du transfert proposée par ce même auteur en tant qu'il correspond à « la mise en acte de la réalité de l'inconscient¹³ » dans son rapport au désir de l'analyste, apparaît également pertinente pour appréhender la charge libidinale en jeu dans le lien soignant-soigné.

Le transfert, qui renvoie au phénomène par lequel des représentations anciennes, inconscientes, vont être actualisées sur certains objets et générer des affects, dans un *hic et nunc*, influencerait ainsi nécessairement la « position psychique professionnelle¹⁴ » des soignants.

Par ailleurs, la relation de soin envisagée ne peut pas être « purifiée » du contexte politique et social qui l'entoure : dans leur *praxis*, les professionnels sont traversés par un contexte dans lequel œuvrent des phénomènes politiques et sociaux, notamment ségrégatifs, qui vont avoir un impact sur ce lien. Mentionnons également que la scène institutionnelle, à l'échelle de l'hôpital, influence aussi cette relation, tout autant que la dimension subjective des protagonistes qui imprègne leur « position psychique professionnelle », et la subjectivité du patient. Ces dimensions entrent en interaction et en résonance les unes avec les autres, et rappellent ce que Freud n'a eu de cesse de démontrer tout au long de son œuvre : le sujet est un être individuel autant que social (Freud, 1921). Mais peut-on caractériser ce qui se joue dans la relation de soin avec les patients étrangers, ou perçus comme tels, et si oui comment ? Est-ce quelque chose qui peut, à un moment donné, « faire étranger » pour le professionnel dans ce lien, et qui va avoir un impact dans sa prise en charge ? Afin d'appréhender ce qui se déploie dans cette relation, il apparaît important de rendre compte au plus près de la parole des soignants.

Si l'analyse des entretiens réalisés dans le cadre de notre recherche conduite auprès de professionnels de santé, diffère ici nécessairement d'une analyse strictement clinique, on tâchera cependant de repérer les mouvements psychiques et affectifs en jeu dans la relation, ainsi que les formations de l'inconscient (perceptions, affects, représentations, fantasmes et figures) de ces professionnels. Cette analyse permettra d'identifier le vécu des soignants, l'objectif étant *in fine* de cerner ce qui serait susceptible d'entraver la prise en charge et l'orientation médicale, conduisant, le cas échéant, à des inégalités de traitement.

En écoutant les soignants raconter des séquences cliniques qui les avaient fortement marqués, et au cours desquelles ils s'étaient senti mis en difficulté dans leur position professionnelle, l'émergence de figures de

13. J. Lacan, Le Séminaire, Livre XI (1963-1964), *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1973, p. 165.

14. C. Blanchard-Laville, « L'approche clinique d'inspiration psychanalytique : enjeux théoriques et méthodologiques », *Revue française de pédagogie*, n° 127, 1999, p. 9-22.

l'étranger dans le transfert a particulièrement retenu notre attention. Nous avons ainsi considéré que des expressions employées par les soignants telles que « étranger en situation précaire », « quelqu'un avec qui il est difficile de communiquer », ou encore « un patient potentiellement contagieux » pouvaient être appréhendées comme des figures. En référence aux travaux de Freud sur la prise en considération de la présentabilité¹⁵, ces modalités de présentation (*Darstellungen*) qui surviennent dans le discours des soignants, seront envisagées selon trois aspects : leur caractère imagé, leur aspect composite, et leur capacité d'actualisation d'éléments inconscients. Ces dimensions rendent compte du concept de figure en tant qu'il se différencie de celui de stéréotype, qui fait davantage référence à des éléments socialement typiques¹⁶. En effet, la figure désigne une « forme, une représentation sculptée » (*fingere* signifie façonner) singulière, qui représente une forme de modelage subjectif, propre à chaque soignant, plus qu'une représentation générale d'ordre exclusivement social. Cette formation psychique permettra d'apporter un éclairage fécond pour penser les enjeux transférentiels de la relation de soin.

DES FIGURES CONCRÈTES ET IMAGÉES

On est frappé par le caractère concret, marqué d'une forte présence sensorielle, des paroles des professionnels de santé, lorsqu'ils tentent de qualifier ce qui a pu faire étranger pour eux dans la rencontre avec tel ou tel patient. En effet, pour évoquer des situations difficiles, mettant en jeu leur position professionnelle, les soignants recourent préférentiellement à des expressions où la dimension matérielle et imagée prévaut. Ainsi, lorsqu'ils perçoivent une dépression – plus ou moins latente – chez des patients qu'ils rencontrent, cette considération peut se traduire dans leur discours par l'émergence de la figure de l'étranger « déchu », au sens littéral du terme. On retrouve ainsi fréquemment la figure de l'étranger tombé, effondré, comme chez cette infirmière qui cite le cas d'un patient étranger en situation de grande précarité : « Une jeune femme qui avait voyagé dans le train de l'avion, en hiver, [qui] avait été recueillie à moitié inanimée sur le trottoir et est arrivée [à l'hôpital où on a dû] lui faire une amputation des deux jambes. » Apparaît ici une figure de l'étranger qui incarne une altérité radicale, modalité d'appréhension qui va avoir de fortes répercussions sur le psychisme des professionnels, et notamment des effets de sidération.

15. S. Freud (1900), *L'interprétation du rêve*, dans *O.C.F.* vol. IV, Paris, Puf, 2004, p. 384-394. Sur ce thème, on se reportera également à L. Kahn, « L'action de la forme », *Revue française de psychanalyse*, vol. 65, 2001/4, p. 983-1056.

16. S. Delouée, *Psychologie sociale*, Paris, Dunod, coll. « Manuels visuels de licence », 2013, p. 94.

Dans un autre registre, les difficultés d'incompréhension linguistique sont régulièrement mises en avant par les soignants. Le mode sur lequel les soignants abordent ces situations peut là encore témoigner de l'émergence de figures de l'étranger dans la relation à leur patient. « L'étranger qui ne comprend pas la langue et dont on n'arrive pas à se faire comprendre » apparaît dans le discours des soignants sous la forme de « l'étranger avec la barrière de la langue ». Les professionnels interviewés évoquent « des patients étrangers dans le service, où il y a la barrière de la langue comme frontière », et avec qui il est nécessaire d'avoir recours aux gestes, aux « bruitages », aux dessins, engageant ainsi une forme de dialogue de type régressif. Le recours à cette expression populaire de la « barrière de la langue » permet ici au soignant de signifier, lors de l'interview, la difficulté, voire l'impossibilité de délivrer des soins à tel ou tel patient. Cette formulation imagée témoigne d'une mise en scène d'un lien, où l'empêchement a été sensoriellement éprouvé comme un obstacle réel, pouvant conduire le soignant à buter sur, voire à renoncer au dialogue avec son patient.

DES FIGURES COMPOSITES

Dans la continuité de ces interférences transférentielles qui mettent en jeu le registre de la figurabilité, le patient perçu comme étranger apparaît régulièrement, dans le discours des soignants, telle une figure condensée, étrange, que l'on n'arrive pas à déconstruire et sur laquelle se heurte le savoir. Ainsi, le procédé de condensation, qui est celui qui donne au rêve son caractère fantastique, participe de la puissance sensorielle et de l'étrangeté des figures produites dans la relation de soin.

Un professionnel décrit par exemple sa pratique en relatant le cas d'une patiente étrangère à l'hôpital avec qui il « essaye de savoir ce qui se passe [car] l'histoire n'arrive pas avec [le patient], il faut détricoter ce qui s'est passé avant ». En quête de sens, cette tentative de « détricotage » rappelle ici le processus d'association libre par lequel l'analyste va pouvoir décomposer les figures condensées du rêve ou les identifications qui contribuent à la formation du symptôme.

La production de ces figures composites semble se réaliser, chez les soignants, par l'identification à l'élection inconsciente de tels ou tels traits de leur patient (précarité, tristesse, victime, etc.). Certains traits du patient seront donc « élus » pour leur capacité à incarner des représentations refoulées et des traits du moi du soignant. Rappelons que Freud soutient que les éléments du rêve, y compris les personnages différents du rêveur, portent

en eux le narcissisme du sujet¹⁷, et Lacan souligne les enjeux sous-jacents à la question de l'identification telle qu'elle intervient dans le rêve en parlant de l'apparition de la « série des moi¹⁸ ». On peut dès lors penser que cette « série des moi » va trouver des voies de présentation au sein de la relation soignant-soigné à travers la construction subjective des figures de l'étranger. Par exemple la figure du « patient enfant », souvent présente dans le discours des soignants, cristallise bien cette complexité de la composition figurale. Elle présente des traces du passé colonial avec la figure de l'étranger comme celui qu'il faut éduquer, voire civiliser, ainsi que la figure du bon ou du mauvais « sauvage » ; mais elle convoque aussi, et simultanément, une facette du moi du soignant qui aurait trait à une sexualité infantile n'ayant pas encore succombé au refoulement. Cette figure du « patient enfant » peut convoquer par ailleurs une autre facette du moi du soignant : celle du nourrisson en situation de détresse, qui correspondra dans les paroles des soignants à l'évocation de patients traversant des moments de désœuvrement intense, suscitant ou actualisant des sentiments archaïques chez le soignant.

Dans ce contexte, c'est aussi parfois le caractère extrême des figures de l'étranger convoquées par les soignants qui retient l'attention, tant certains traits auxquels ils s'identifient vont exercer sur eux des effets de captation, voire de sidération. On remarque que l'élection inconsciente d'un trait fortement investi peut produire une figure de l'étranger réduite à ce trait, avec des effets de massification. Nous l'avons par exemple observé à travers certaines figures où le sujet apparaît totalement effacé et identifié à un trait symptomatique exclusif tel que : « précaire », « traumatisé », « Roissy », « HIV », « déprimé ». Le trait finit dans ce cas par massifier l'étrangeté, produisant de la ségrégation à travers le symptôme social, médical et/ou subjectif, selon des mécanismes similaires à ceux identifiés par Hebe Tizio à propos de catégories diagnostiques contemporaines (TDHA, *burn-out*, etc.)¹⁹.

LES FIGURES, ENTRELAÇOS DE PLUSIEURS REGISTRES TEMPORELS

Les figures de l'étranger qui émergent dans le discours des soignants, vont, en plus de leur dimension plastique et composite, entremêler différents registres temporels. Elles combinent ainsi parfois des résurgences de l'infantile du soignant, où l'on retrouve des imagos parentales, et des effets d'ana-

17. S. Freud, *L'interprétation du rêve*, op. cit., p. 308.

18. J. Lacan, *Le Séminaire*, Livre II (1954-1955), *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1981, p. 228.

19. H. Tizio, *Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la Pedagogía Social y del Psicoanálisis*, Barcelona, Editorial Gedisa, 2003.

chronisme propres au temps de l'histoire collective – on pense ici notamment à des figures issues du passé colonial.

L'hypothèse d'un temps historique fonctionnant dans le collectif à l'image de celui de l'inconscient peut être pensée à partir des travaux de Didi-Huberman sur l'histoire de l'art. En mettant au jour dans les images picturales des effets de dissémination temporels, les travaux de cet auteur étayaient une réflexion dans laquelle il apparaît que les figures du passé colonial, notamment dans leur dimension spectrale, infiltreraient le présent de la relation soignant-soigné avec les patients perçus comme étrangers. Didi-Huberman affirme que certaines images d'œuvres d'art se présentent parfois telles « un *nœud de temps* difficile à déchiffrer parce que s'y recroisent sans cesse des mouvements d'évolution et des mouvements qui résistent à l'évolution²⁰ ». Ces propositions nous amènent à considérer les figures qui émergent dans la relation soignant-soigné comme des *survivances fantomales*²¹, traces d'un passé collectif dont les effets de retour ne seraient pas linéaires mais se réaliseraient parfois par l'apparition de traits sur certaines images. Ainsi la figure de l'étranger « sauvage », bon ou mauvais, ou encore celle de l'étranger potentiellement contagieux²², constitueraient des figures « fabriquées » par le soignant à la croisée d'un passé colonial toujours actif et du retour du refoulé du sexuel infantile. Ces figures de l'étranger évoquent alors une forme de « revenance fantomale²³ » où affleurent tant des éléments fantasmatiques, propres au soignant, que des éléments de l'histoire collective.

Au final, dans la relation soignant-soigné, un nouage apparaît entre des figures issues du discours social, des expressions littérales du sens commun telles qu'on les retrouve dans les éléments symboliques du rêve, et des composants plus singuliers, propres à telle relation transférentielle entre soignant et patient. Au fil de l'étude il est apparu que ce nouage complexe était susceptible de générer des effets de court-circuit dans les prises en charge.

DE QUELQUES CATÉGORIES DE FIGURES DE L'ÉTRANGER DANS LE TRANSFERT

Nous proposons d'introduire trois grandes catégories de figures de l'étranger, construites à partir de l'analyse du discours des professionnels,

20. G. Didi-Huberman, *L'image survivante. Histoire de l'art et temps des fantômes selon Aby Warburg*, Paris, Éditions de Minuit, 2002, p. 53.

21. *Ibid.*, p. 41.

22. Expression formulée par C. Withol de Wenden dans « Les *badanti*, figures emblématiques des contradictions des situations migratoires en Méditerranée », conférence au workshop *Aux frontières du soin. Le malade étranger dans la relation soignant-soigné*, université Paris 7, Comede, Musée national de l'histoire de l'immigration, Paris, 30 mai 2015.

23. G. Didi-Huberman, *L'image survivante. Histoire de l'art et temps des fantômes selon Aby Warburg*, op. cit., p. 41.

afin de poursuivre l'exploration du transfert dans la relation de soin, et ainsi mieux cerner les difficultés en jeu dans les prises en charge des patients. Bien que le lien transférentiel demeure singulier à chaque relation de soin, ces catégories de figures répertorient les principales problématiques en jeu dans les prises en charge, et proposent d'identifier des lignes récurrentes au niveau des effets transférentiels observés.

L'ÉTRANGER MALADE : UN SEMBLABLE FAMILIER ... ÉTRANGE

L'analyse du discours des soignants interviewés dévoile l'usage de figures dans lesquelles le malade étranger se profile tel un semblable, au demeurant étrange(r), corroborant ainsi la dimension d'étrangeté et d'étranger à soi-même que recèle la notion d'étranger. Le concept d'*Unheimlich*, avancé par Freud, permet ici d'appréhender l'« étrangeté inquiétant²⁴ » ressenti, voire explicitement formulé par les soignants, dans la relation transférentielle envisagée. Rappelons que pour Freud l'*Unheimlich* surgit précisément « quand quelque chose qui aurait dû rester dans l'ombre [...] en est sorti²⁵ ». Le sentiment de frayeur se relie ici à la sensation d'un familier déjà-vu, néanmoins énigmatique, et inducteur d'angoisse. Ce tapi qui fait irruption renvoie au refoulement, et plus précisément au retour du refoulé qui émerge lors de certaines situations de la vie du sujet, lorsque sont (ré)activés par le vécu actuel des éléments du passé. Là, une forme de « permutation du moi » où est mis « le moi étranger à la place du moi propre » s'opère et génère ce trouble au niveau du connu, *versus* inconnu. Fédida avait, dans la continuité de Freud, éclairé le sentiment d'angoisse face à l'altérité étrange que suscite la rencontre avec l'étranger en parlant d'« inquiétante étrangeté de l'autre étranger » et de l'émanation d'une certaine violence relative à l'*inquiétante étrangeté* qui est « par excellence l'angoisse de la manifestation de l'autre étranger en présence²⁶ ».

Dans la relation de soin, l'étrangeté du patient émerge le plus souvent dans le discours des professionnels de santé à travers la thématique du double, d'un semblable-différent, avec toute l'angoisse que cette familiarité éloignée peut engendrer. La curiosité teintée de mystère et d'attrait que cet inconnu suscite est elle aussi une autre facette de la question.

Les sentiments troubles que cette rencontre génère sont perceptibles à travers l'affleurement de figures récurrentes que nous avons réper-

24. S. Freud (1919), *L'inquiétante étrangeté*, Paris, Gallimard, coll. « Folio Essais », 1985, p. 24.

25. *Ibid.*

26. P. Fédida, « L'étranger au centre du langage », dans Z. Benchemsi, J. Fortineau, R. Beauroy (sous la direction de), *La figure de l'autre, étranger, en psychopathologie clinique*, Paris, L'Harmattan, coll. « Psychanalyse et civilisations », 1999.

riées dans notre étude, telles que : l'étranger irrationnel (qui se décline avec la figure de l'obscurantisme, du radicalisme religieux et de la pensée magique), la figure coloniale de l'étranger avec le mauvais ou le bon « sauvage », ou encore l'« enfant à éduquer ». Enfin, la thématique de « l'étranger énigmatique », « celui qu'on ne comprend pas » s'avère prépondérante avec sa variation de « l'étranger-à-la-langue ». Comme évoqué précédemment, cette dernière se relie le plus souvent à ce que les soignants désignent en nombre comme la « barrière de la langue ». Ici, la perception du semblable-étranger en tant qu'il attise la curiosité, intéresse, bascule rapidement du côté de l'incompréhension. Dans les discours des soignants, la différence linguistique semble s'apparenter à la différence en tant que telle, épinglée généralement comme étant d'origine culturelle. L'incompréhension de l'autre est voilée par le problème de la langue et s'avère susceptible de mener au renoncement à la communication et à la prise en charge adaptée. Cette relation « en difficulté de langue », comme le dira un soignant, ne peut cependant se réduire à la pénurie des interprètes dans les institutions publiques. On pense ici à une séquence relatée par un médecin qui à la suite de l'annonce d'une pathologie grave à une patiente étrangère rapporte : « on n'est pas sûr qu'elle ait compris car elle sourit [...] on ne sait pas ce que ça veut dire. » Ou à une autre patiente qui devrait réaliser une amniocentèse à laquelle on finit par renoncer car même l'interprète dit qu'« elle ne comprend pas, elle n'a pas été à l'école ». L'incompréhension qui submerge l'équipe soignante aboutit à faire des choix médicaux à la place du patient. Certains professionnels mettent alors en place des stratégies (gestes, dessins, évitement du patient) pour résoudre les difficultés suscitées dans la prise en charge et ainsi éviter le trouble généré. On observe ainsi comment pour réaliser sa tâche primaire, le soignant acceptera ou non de s'adapter à cet autre, d'apprendre de lui, plasticité psychique qui dépendra en partie de son propre rapport au savoir. Ce que l'étranger provoque semble être en capacité de faire écho à l'inconsistance de son savoir, voire à la chute de son savoir médical. Une telle remise en cause va pouvoir générer une certaine agressivité, qui aura des retentissements sur les orientations de soin choisies. Nous faisons l'hypothèse que ce serait précisément à cette occasion là, quand le soignant est renvoyé à l'inconsistance de son savoir, que surgiraient cet affect d'angoisse, de l'agressivité et les sentiments qu'ils drainent (culpabilité, impuissance, terreur de l'erreur médicale). Là, avec le sentiment de déroute rencontré, le soignant orienterait d'une façon différente qu'avec un patient autochtone.

L'ÉTRANGER À LA VIE NUE

L'étranger à la *vie nue*, en référence à la catégorie d'*homo sacer* développée par Agamben²⁷ est une autre catégorie qui permet de penser les figures récurrentes de l'étranger malade dans la relation de soin. Ici se déclinent les figures du « réfugié », du « sans-papier », du « naufragé », ou encore de la « victime », incarnées par des patients en situation de grande précarité qui consultent à l'hôpital. La notion de *vie nue*, *zoe*, apparaît pertinente pour décrire ces sujets en situation de vulnérabilité. Elle se réfère à la figure du droit romain archaïque qui était personnifié en un être singulier, que l'on pouvait tuer en toute impunité. L'*homo sacer* contemporain, « encore vivant », se rapproche en effet considérablement de cette figure de l'étranger mis au ban de la communauté humaine, qui fuit son pays et qui est simultanément abandonné par une nouvelle nation, qui lui refuse l'hospitalité. Dénudé de ses droits juridiques, en errance de lieu et de liens, il va être soumis et assujéti à la décision souveraine d'être accueilli ou non, dans les institutions du pays où il consultera. À l'hôpital, des systèmes d'inclusion spécifiques ont été mis en place par les autorités pour permettre à ces patients d'obtenir, dans certaines conditions, un accès spécifique au soin, qui dans le même temps les exclura d'autres modalités de couverture médicale plus universelle. Cette inclusion, doublée d'une exclusion, va faire de ce patient un sujet d'exception, le renvoyant ainsi à la condition d'*homo sacer*, qui donne à voir, comme l'écrit Agamben, que « la vie humaine est incluse dans l'ordre juridique sous la forme de son exclusion ». Si on se réfère à la dichotomie entre groupe national et groupe « des autres » initialement développée par H. Arendt, « l'étranger du national », en tant qu'il est séparé des *vies nationales*, va confronter le soignant à la possibilité d'établir un partage entre ces vies qui auraient une légitimité à être soignée *versus* les autres, qui seraient elles, inversement, illégitimes à l'être²⁸. Cette perspective met en exergue une ségrégation qui s'opère par la séparation de ces groupes (soignables/non soignables), en tant que l'étranger serait inassimilable au groupe du national et qu'il n'aurait pas le droit d'accéder au soin. Le cas introductif de madame S. témoignait largement de cette problématique.

Dans cette catégorie de *la vie nue*, la précarité du patient s'étend à divers niveaux : social, psychique et symbolique. On est confronté à un patient généralement isolé, et fragilisé de manière extrême. La figure du « patient

27. Initialement introduite par Walter Benjamin, G. Agamben a largement développé cette notion : G. Agamben, (1995), *Homo sacer, Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Le Seuil, 1997, p. 37.

28. G. Le Blanc, *Dedans dehors. La condition d'étranger*, Paris, Le Seuil, coll. « La couleur des idées », 2010.

étranger dans la misère », « abandonné de tous », incarné dans le discours de plusieurs soignants par « un homme sans âge, précaire (financier, logement, nourriture), en situation irrégulière et sans protection sociale » signe la massivité de la détresse rencontrée. Cette situation va pouvoir précipiter des mouvements transférentiels massifs, la précarité inondant parfois le lien et la praxis du soignant elle-même. Dans ce cas, le soignant sera parfois gagné par une forme de mélancolisation, des éléments narcissiques défaillants de son patient convoquant des affects dépressifs chez lui. Des figures puissantes vont pouvoir faire irruption et parasiter sa tâche, jusqu'à parfois même le conduire à des *actings* (par exemple acheter lui-même des médicaments à des proches sans ressources de l'entourage de son patient, etc.). Dans ce contexte, des fantasmes de sauvetage chez les soignants à l'égard des patients en détresse accompagnent le sentiment d'une forme de « mission thérapeutique », idéal thérapeutique qui provoque généralement une sensation d'épuisement professionnel, largement exprimé mais dont la dimension gratifiante est par ailleurs non négligeable²⁹.

Le rejet de certains patients en grande précarité est aussi une autre modalité de défense récurrente, le soignant réagissant par ce mécanisme face au sentiment d'« impuissance » ressenti (« on ne va pas accueillir toute la misère du monde à l'hôpital »). Dans ce contexte, le rapport au savoir du médecin apparaît dénudé, voire blessé et altéré en profondeur. Le soignant peut se sentir lui aussi isolé dans sa pratique, et sa tâche peut aller jusqu'à perdre de son sens : « Comment une femme peut-elle s'occuper "correctement" d'un grand prématuré en habitant dans une caravane, à quoi ont servi tous ces soins intensifs? », se demande une jeune infirmière à propos d'un enfant dont les parents sont sans domicile fixe. Cette catégorie de l'*homo sacer* engage ainsi chez les soignants une forme de surenchère de figures tragiques du patient étranger malade.

LA CATÉGORIE DE L'ÉTRANGER RÉEL

Dans cette dernière catégorie, les figures de l'étranger malade qui sont en jeu dans la relation de soin donnent à voir l'étranger tel une altérité radicale, effractante, pour le soignant. Il s'agit d'un contexte où dominent des angoisses plus archaïques que dans les deux catégories précédentes - même si certaines dimensions se croisent et se cumulent-. Dans ce registre qui renvoie au réel, il y a de l'inassimilable en jeu, et on se situe dans un en deçà du langage. Rappelons que pour Lacan « le réel, il faut concevoir que c'est l'expulsé du sens. C'est l'impossible comme tel, c'est l'aversion du

29. Sur ces modalités défensives des professionnels consulter É. Pestre (2010), *La vie psychique des réfugiés*, Paris, Payot et Rivages, 2014.

sens³⁰ ». Avec ce registre, les figures qui surgissent chez le soignant dans la relation transférentielle incarnent l'excès, l'urgence, l'insoutenable : c'est par exemple le patient qu'on désigne comme étant le « Roissy, fraîchement arrivé de l'aéroport », le « venu de nulle part », ou encore « le revenu de la mort » ; c'est aussi celui qui peut contaminer (Ebola).

Ici, on se situe du côté de la catastrophe, du désastre, et des « histoires de vie abominables » comme dira un médecin ; l'étranger est vécu tel un « hôte inattendu et toujours inquiétant » qui vient faire effraction³¹. D'ailleurs, les récits ont un caractère terrifiant (patiente amputée), le patient monstre, revenu des limbes, est à la limite de l'humain. Au niveau transférentiel, c'est le registre de l'intrusion, voire de la contamination qui prédomine, et c'est un sentiment de terreur ou de captation qui règne dans le lien. Cette rencontre confronte le soignant à la survivance de celui qui « a côtoyé ce monde sidérant » proche de l'originaire « où toute frontière entre fantasme et réalité a été abolie, voire inversée³² ». On observe dans ces situations une sorte de décrochage dans le rapport au savoir du soignant et le risque que s'opère une bascule du côté de la sidération, de la fascination mortifère, ou du rejet. L'excès et le soupçon dominant. Pour le soignant, c'est un patient qui prend de court, ou qui profite, il persécute en quelques sortes (figure de l'envahisseur de soin). L'effraction traumatique présente ne permet pas l'intégration d'une trame représentative, c'est le clivage qui domine.

ELÉMENTS DE CONCLUSION

La psychanalyse en extension dans le champ politique et social permet d'appréhender ce qui se joue dans la relation de soin entre professionnels et patients malades (perçus comme) étrangers. Dans cet article nous avons tâché de mieux appréhender les traitements différentiels vécus par les patients étrangers à partir de l'étude de la relation de soin.

On constate que des figures de l'étranger se composent de manière singulière chez le soignant dans le cadre de cette relation de soin, notamment lorsque le professionnel se trouve mobilisé et que son savoir et sa position soignante sont ébranlés. Ce repérage ouvre à une écoute des paroles des soignants où ce qui « fait étranger » pour eux dans le transfert va se déployer et pouvoir interférer à l'occasion de leur pratique. Les figures de l'étranger, bien souvent composites, se situent à la jonction du social – où elles puisent

30. J. Lacan, « RSI », leçon du 15 avril 1975, *Ornicar ?*, n° 5, 1976, p. 50.

31. J. Derrida, « Pas d'hospitalité », séminaire du 17 janvier 1996, rapporté par A. Dufourmantelle dans son ouvrage où elle invite J. Derrida à répondre, *De l'Hospitalité*, Paris, Calmann-Lévy, 1997, p. 72.

32. R. Waintrater, *Sortir du génocide, Témoigner pour réapprendre à vivre*, Paris, Payot, 2003, p. 62.

des représentations en circulation, partagées au collectif – et du subjectif. Leur forte présence sensorielle, comme c'est le cas pour certains éléments des rêves, surgit parfois dans le lien transférentiel et conduit le soignant à interrompre sa tâche ou à l'effectuer d'une manière inhabituelle. Le recours conceptuel aux figure(s) de l'étranger permet ainsi d'apporter un éclairage sur l'infantile enchâssé dans les paroles des soignants, et de remettre en perspective des éléments historiquement repérables dans les discours (notamment liés à l'imprégnation du passé colonial). « Enfants naïfs », ou encore « profiteurs du système de soin », ces multiples figures de l'étranger qui émergent dans les paroles des soignants cristallisent souvent dans le transfert des sentiments d'impuissance et de culpabilité. Ces figures peuvent se situer dans des registres transférentiels variés et non exclusifs allant de l'inquiétante étrangeté, à la sidération, en passant par la mélancolisation ; leur regroupement en différentes catégories (l'inquiétante étrangeté, l'étranger à la vie nue, l'étranger réel) permet ici d'éclairer les effets de la rencontre avec l'étranger dans le transfert.

Au prisme des figures de l'étranger se reflètent ainsi la dimension singulière et déroutante de la rencontre soignante, mais aussi, sa part d'ouverture, et les perspectives d'élaboration transférentielle qu'elle offre. Le caractère kaléidoscopique des figures en jeu dans la relation de soin témoigne d'une plasticité possible chez les soignants confrontés à « l'épreuve de l'étranger »³³ qui pourra être remise en mouvement dans le cadre de l'élaboration de sa posture psychique professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- AGAMBEN, G. (1995). *Homo sacer, Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Le Seuil, 1997.
- ASSOCIATION PRIMO LEVI, *Soigner les victimes de torture exilées en France, livre blanc*, 2013
<http://www.primolevi.org/wp-content/uploads/2013/06/livreblancversionfinale.pdf>
- BERMAN, A. 1984. *L'Épreuve de l'étranger, Culture et traduction dans l'Allemagne romantique*, Gallimard.
- BLANCHARD-LAVILLE, C. 1999. « L'approche clinique d'inspiration psychanalytique : enjeux théoriques et méthodologiques », *Revue française de pédagogie*, n° 127, p. 9-22.
- CARDE, E. 2007. « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, n° 2, vol. 19, 2007, p. 99-109.
- COMEDE (comité médical pour les exilés), rapport 2014, <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2014.pdf>

33. A. Berman, *L'Épreuve de l'étranger, Culture et traduction dans l'Allemagne romantique*, Gallimard, 1984.

- COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME. 2014. *La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie – Année 2013*, Paris, La Documentation française.
- DELOUVÉE, S. 2013. *Psychologie sociale*, Paris, Dunod, coll. « Manuels visuels de licence », p. 94.
- DERRIDA, J. 1997. « Pas d'hospitalité », séminaire du 17 janvier 1996, dans A. Dufourmantelle, *De l'Hospitalité*, Paris, Calmann-Lévy, p. 72.
- DIDI-HUBERMAN, G. 2002. *L'image survivante. Histoire de l'art et temps des fantômes selon Aby Warburg*, Paris, Éditions de Minuit.
- FASSIN, D. 2000. (sous la direction de.), *Homme et migration*, n° 1225, *Santé, le traitement de la différence*.
- FÉDIDA, P. 1999. « L'étranger au centre du langage », dans Z. Benchemsi, J. Fortineau, R. Beauroy (sous la direction de), *La figure de l'autre, étranger, en psychopathologie clinique*, Paris, L'Harmattan, coll. « Psychanalyse et civilisations ».
- FREUD, S. (1887-1902). « Lettres à Wilhelm Fliess », dans *La naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1956.
- FREUD, S. (1900). *L'interprétation du rêve*, dans O.C.F., vol. IV, Paris, Puf, 2004.
- FREUD, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté*, Paris, Gallimard, coll. « Folio Essais », 1985.
- FREUD, S. (1921). *Psychologie des foules et analyse du moi*, Paris, Payot, 2011, p. 137.
- HAMEL, C. ; MOISY, M. 2013. *Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé*, Documents de travail n° 190, Paris, INED, p. 11.
- KAHN, L. 2001. « L'action de la forme », *Revue française de psychanalyse*, vol. 65, n° 4, p. 983-1056.
- LACAN, J. (1954-1955). Le Séminaire, Livre II, *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1981, p. 228.
- LACAN, J. (1963-1964). Le Séminaire, Livre XI, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1973, p. 165.
- LACAN, J. 1966. « La place de la psychanalyse dans la médecine », *Cahiers du collège de médecine*, vol. 7, n° 12, p. 765-769.
- LACAN, J. (1974-1975), Le Séminaire, Livre XXII, *RSI*, inédit, leçon du 11 mars 1975.
- LACAN, J. 1978. « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'école », inédit, *Ornicar ?*, n° 1, *Analytica*, vol. 8.
- LE BLANC, G. 2010. *Dedans dehors. La condition d'étranger*, Paris, Le Seuil, coll. « La couleur des idées ».
- PESTRE, É. (2010), *La vie psychique des réfugiés*, Paris, Payot et Rivages, 2014.
- VEISSE, A. ; WOLMARK, L. ; REVAULT, P. 2012. « Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner », *Santé et recours aux soins des migrants en France*, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3-4, p. 36-40.
- WAINTRAER, R. 2003. *Sortir du génocide, Témoigner pour réapprendre à vivre*, Paris, Payot, p. 62.
- WOLMARK, L. 2012 « Des structures et des hommes », *Maux d'exil*, n° 36, p. 1-3.

Résumé

Dans cet article, les auteures proposent une lecture des phénomènes de ségrégation à l'œuvre dans le champ de la santé en s'intéressant à la relation de soin, à partir d'une

psychanalyse en extension dans le champ politique et social. À partir d'une étude conduite auprès de soignants dans des hôpitaux de la région parisienne, ce texte met au jour des figures de l'étranger qui émergent chez les professionnels, et qui sont susceptibles d'interférer dans les prises en charge, voire de les entraver. Ces figures sont construites selon des modalités proches du travail du rêve et mêlent au discours social, une dimension historique, ainsi que des éléments plus subjectifs. Ces figures se relient à des effets d'angoisse, voire de sidération dans la relation transférentielle ; elles peuvent être regroupées à travers différentes catégories qui définissent ainsi ce qui « fait étranger » pour le soignant (inquiétante étrangeté, étranger à la vie nue, étranger réel).

Mots-clés

Psychanalyse en extension, figure, étranger, relation de soin, pratiques professionnelles, accès au soin.

SEGREGATIONS IN PUBLIC HOSPITAL.

A FEW FIGURES OF FOREIGNER WITHIN CARE RELATIONSHIP

Abstract

In this article, the authors propose to analyse the phenomenon of segregation in the healthcare sector by examining the patient-carer relationship. This study is based on psychoanalytical theory in extension to the social and political fields. Focusing on professional carers working in hospitals located in the Paris region, this article identifies emerging figures of the foreigner in the discourse of the carer, and argues that such figures may interfere in the pursuit of care, to the point of impeding it. The authors demonstrate that these figures function similarly to dream work, as they mingle social discourse, historical elements as well as more subjective aspects. Moreover, these figures are linked to effects of anguish, or even sideration, within the transferential relationship, and can be grouped into categories defining the feelings of foreignness and strangeness experienced by the carer (uncanny strangeness, foreign bare life, real-life foreignness).

Keywords

Psychoanalysis in extension, figure, foreigner, care relationship, professional practices, access to health care.

