



Demande d'asile et éthique du soin psychique

Pascale Baligand

DANS **REVUE FRANÇAISE D'ÉTHIQUE APPLIQUÉE** 2020/1 N° 9 , PAGES 22 À 35
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 2494-5757

ISBN 9782749267210

DOI 10.3917/rfeap.009.0022

Date de mise en ligne : 14/05/2020

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2020-1-page-22?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Demande d'asile et éthique du soin psychique

PASCALE BALIGAND

MAÎTRE DE CONFÉRENCES EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE, DÉPARTEMENT D'ÉTUDES PSYCHANALYTIQUES, INSTITUT HUMANITÉS SCIENCES ET SOCIÉTÉS (IHSS), CENTRE DE RECHERCHE PSYCHANALYSE MÉDECINE ET SOCIÉTÉ (CRPMS) – EA 3522, UNIVERSITÉ DE PARIS

Dans cet article, l'auteur explore différentes facettes de la tension entre l'attente effective dans laquelle se trouvent les demandeurs d'asile engagés dans la procédure juridique pour l'obtention du statut de réfugié et les différents registres de l'attente tels qu'ils peuvent se déployer dans une psychothérapie. À partir de la notion d'« attente croyante » proposée par Freud dans ses premiers écrits (1890), il s'agira de voir comment le clinicien va pouvoir se positionner pour écouter les demandeurs d'asile en prenant soin des spécificités de leur parcours, qui peuvent être marqués par les traumatismes, les deuils, et la difficulté à établir de nouveau de liens de confiance avec autrui.

EN

English version of this abstract can be found at the end of this issue.

Mots-clés Demande d'asile | attente | traumatisme psychique | éthique du soin | psychanalyse.

Selon la Convention de Genève de 1951, est reconnue comme réfugié « toute personne qui craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays » (Cambrézy, 2001). Pour accéder à ce statut, les personnes qui ont fui leur pays doivent s'inscrire dans une procédure de demande d'asile, instruite en France par l'Office français pour les réfugiés et les apatrides (OFPRA) et qui peut comporter plusieurs étapes, allant de l'attribution du statut de réfugié, au recours devant la Commission nationale du droit d'asile (CNDA), voire à l'injonction de quitter le territoire si le recours n'aboutit pas. Cette procédure

implique de fait pour les personnes qui en font la demande une situation d'attente qui présente des traits particuliers. Les demandeurs d'asile partagent ce que l'on peut appeler une « communauté de situation » (Bertaux, 1997), c'est-à-dire que leur sort, en l'occurrence la possibilité d'un accès à une vie libre en société (Legoux, 2004), est soumis à la décision d'instances institutionnelles dont ils sont tributaires pour l'ensemble de leur vie quotidienne et de leur avenir. Ces instances qui instruisent les demandes sont en position de mettre en œuvre une chronopolitique (Gardella, 2014 ; Bouton, 2017), les demandeurs d'asile étant soumis aux étapes de la procédure, dont la durée et l'issue sont marquées par l'incertitude. De plus, la procédure de demande d'asile ne permet pas l'accès à un emploi rémunéré et le dispositif d'accueil n'offre pas systématiquement l'accès à un hébergement stable pour les requérants (Kobelinsky, 2010), si bien que les demandeurs d'asile sont maintenus dans des espaces et des temps intermédiaires (Agier, 2002). Dans leur attente, ils sont restreints dans leurs capacités d'action et de mouvement (Kobeslinsky, 2014) et leurs parcours peuvent être marqués par l'errance et la précarité. Enfin, pour de nombreux auteurs, la législation qui régit la procédure de demande d'asile s'inscrit sur le plan politique dans une dynamique de restriction de l'accueil offert aux populations migrantes (Withol de Wenden, 2016) et relève de ce que Michel Agier a nommé la « gestion des indésirables » (Agier, 2011). Cette politique de « gestion des indésirables » apparaît comme porteuse d'un risque d'arbitraire qui peut teinter de défiance l'attente de l'issue de la procédure de demande d'asile.

Les spécificités de cette situation d'attente vont avoir des effets sur la subjectivité des demandeurs d'asile et vont venir entrer en résonance avec, voire répéter, les vécus traumatiques liés à leur parcours migratoire (Pestre, 2010). Le clinicien peut alors se trouver bousculé dans ses repères habituels de travail et être amené à se questionner d'un point de vue éthique sur les modalités d'une action thérapeutique auprès de ces populations. La situation d'attente effective dans laquelle se trouvent les demandeurs d'asile, associée à la remise en jeu de leurs vécus traumatiques, va en effet entrer en tension avec le travail autour de l'attente habituellement à l'œuvre dans le travail psychothérapeutique. Depuis les premiers textes de Freud qui ont mis en exergue la notion d'« attente croyante » (Freud, 1890), le travail psychothérapeutique d'orientation psychanalytique est classiquement conçu comme permettant la mise au jour de la dimension fantasmatique des représentations d'attente adressées au clinicien (Sédat, 2010 ; Deniau, 2015). La position éthique du clinicien est alors celle de se faire l'adresse de ces attentes tout en les interprétant pour en permettre le redéploiement (Freud, 1912 ; Guyomard, 2001). Avec les demandeurs d'asile, il apparaît qu'un tel travail thérapeutique autour de ce registre fantasmatique de l'attente est complexifié par les interférences liées à l'attente effective dans laquelle ils se trouvent et aux caractéristiques de cette attente. Comment dès lors prendre soin de l'attente de l'issue de la procédure à laquelle sont confrontés les demandeurs d'asile ?

L'analyse d'extraits d'entretiens qualitatifs réalisés auprès de demandeurs d'asile et de leurs parcours, choisis pour leur caractère significatif au regard de la thématique (Baligand, 2013), ainsi qu'un appui sur une

pratique clinique en résidence sociale et sur la littérature clinique abondante évoquant les soins psychiques apportés aux personnes victimes de traumatismes liés à l'exil vont permettre d'éclairer et de déployer ces questionnements. Si les entretiens réalisés étaient des entretiens de recherche, la prise en considération de leur dimension clinique s'est révélée incontournable, mettant d'autant plus en évidence la nécessité d'une élaboration autour du soin de l'attente à laquelle les demandeurs d'asile ont à faire face. Nous verrons que cela implique du côté du clinicien des particularités dans ses modalités d'intervention, car il va se trouver en position de garantir une certaine continuité du soin, de rouvrir avec le patient une temporalité et des possibilités de liens permettant que les deuils liés à l'exil puissent advenir, et de travailler autour de la dimension de confiance dans le lien thérapeutique.

Une attente régie par une chronopolitique : prendre soin de la discontinuité

Le parcours des demandeurs d'asile est marqué par une temporalité de fait, régie par l'enclenchement de la procédure de demande d'asile et par ses aléas, dont l'issue et les termes sont imposés de l'extérieur par les autorités administratives qui instruisent le dossier de demande d'asile. Des effets de décalage voire d'interférence vont émerger entre la temporalité de la procédure, régie socialement par une chronopolitique (Gardella, 2014 ; Bouton, 2017) dont les objectifs sont restrictifs à l'égard de l'accueil des migrants (Withold de Wenden, 2016), et la temporalité psychique des sujets. Les demandeurs d'asile avec lesquels nous avons réalisés des entretiens disent bien comment ils sont tributaires, dans leur vie quotidienne mais aussi pour leurs perspectives d'avenir, de la procédure dans laquelle ils s'inscrivent, et combien il leur est difficile de s'approprier le temps qui leur est imposé (Göttlich, 2015). Cela va induire chez eux un sentiment de passivation et de discontinuité subjective (Winnicott, 1969), ainsi que la mise en place de mécanismes et de comportements visant à se protéger de ces risques de passivation et de discontinuité.

Monsieur G., un demandeur d'asile guinéen, exprime ainsi comment non seulement sa vie quotidienne est centrée autour des démarches liées à la procédure, mais également comment surviennent dans son parcours des moments où l'attente se change en véritable capture de ses capacités de décision et d'action par des autorités perçues comme arbitraires :

« G : Oui, j'ai déposé une demande d'asile à la préfecture d'Aubervilliers... 28 novembre... deux semaines... première convocation.

E : Donc vous avez reçu une convocation il y a deux semaines ?

G : Non, chaque deux semaines, je partais là-bas depuis le mois de novembre.

E : À la préfecture ? Et qu'est-ce qu'ils vous disent là-bas ?

G : Le 7 mars, il m'a arrêté et il m'a emmené à Vincennes.

E : Dans un centre de rétention ?

G : À Vincennes, trois jours... Quatrième jour, il m'a laissé...

E : Ils vous ont laissé sortir ?

G : Oui. Il m'a donné un petit papier, il a dit qu'il présenter le 19 à Cité.

E : Euh... Qu'est-ce que c'est ?

G : Le 19, je suis parti à Cité, il m'a emmené jusqu'à l'aéroport, on resté là-bas pendant 1 h 40 minutes, après les policiers ont dit que... [...] Ils m'ont laissé prendre le bus, partir. »

Cet extrait met en évidence, y compris dans les discontinuités du dialogue, comment la temporalité de l'attente scandée par une procédure dont il ne possède pas les codes va induire pour Monsieur C. des incompréhensions et un sentiment de passivation. Il soulignera à plusieurs reprises qu'il ne comprend pas pourquoi il a été emmené dans tel ou tel lieu à tel ou tel moment. Il ne peut se vivre comme partie prenante du processus de demande d'asile, dont il est pourtant le porteur, et se présente comme aux prises avec un dispositif qui le met en position d'attendre dans la crainte le bon vouloir des représentants d'une autorité seule capable de lui octroyer la possibilité d'une vie libre en société (Legoux, 2004). On voit bien également avec cet extrait comment la personne qui écoute cette attente et les discontinuités de ce parcours peut être elle-même aux prises avec la discontinuité, en ayant des difficultés à se repérer dans le récit. Ce type de discontinuité peut aller jusqu'à une rupture paroxystique du lien. C'est le cas lors d'un entretien avec un autre demandeur d'asile venu du Cameroun, Monsieur C., où la tension devient si forte lorsqu'il fait le récit de ses multiples trajets à travers l'Europe qu'il va préférer interrompre l'entretien en sortant de la pièce, me laissant dans un état de sidération.

Face à ce temps de l'attente de l'issue de la procédure d'asile imposé de l'extérieur et qui peut interférer avec la temporalité psychique du sujet, le clinicien se trouve confronté au risque d'une discontinuité si forte qu'elle mettrait en danger la possibilité même du soin, voire induirait un vacillement subjectif chez le sujet. Ces moments de discontinuité, qu'ils affleurent ou qu'ils s'expriment de manière massive lors des entretiens, peuvent en ce sens être rapprochés des angoisses primitives décrites par Winnicott (1989) et par Roussillon (2012) pour éclairer les périodes du développement précoce où le nourrisson n'est pas encore en mesure de se ressentir comme un être total et unifié, en lien avec un environnement identifié comme séparé et extérieur à lui. L'« attente anxieuse » (Freud, 1890) qui peut survenir au cours de tout travail thérapeutique et qui repose sur l'anticipation d'événements négatifs que Freud oppose à l'« attente croyante » prendrait ici une tonalité particulière, liée à l'attente effective de l'issue de la procédure de demande d'asile : il s'agit de l'anticipation d'événements catastrophiques, qui menacent le sujet de disparition et vont remettre en cause son intégrité. Cette attente anxieuse peut conduire les demandeurs d'asile à la fois à un état d'agitation et de désorganisation, mais aussi à un état d'hypervigilance avec une tonalité persécutive, où ils vont essayer d'anticiper et de se prémunir contre ces moments de discontinuité massive. On peut ainsi interpréter dans ce sens les moments d'agitation de Monsieur C. lors de l'entretien qu'il interrompra brutalement.

Cette discontinuité psychique produite par la situation d'attente est aussi le corollaire des défenses mises en place par les demandeurs

d'asile pour faire face aux événements traumatisants qui les ont poussés à quitter leur pays (Cerf de Dudzele, 1999), que les aléas de l'attente dans la procédure juridique vont avoir tendance à venir réactiver. Ainsi, l'attente des demandeurs d'asile est-elle à la fois « attente anxieuse » et tentative pour faire avec la temporalité circulaire de la répétition traumatique (Freud, 1920). Face à cette discontinuité et à cette dynamique de répétition qui imprègnent le parcours des demandeurs d'asile et la relation thérapeutique, le clinicien va se trouver en position de recréer de la continuité et de retrouver une forme de marge de manœuvre dans le soin. Ce travail peut passer par la reconnaissance d'éléments factuels et chronologiquement organisés (Waintrater, 2003), éventuellement sous la forme de délivrance de certificats quand le cadre s'y prête (Fassin et Rechtman, 2007), ou sous la forme d'un souci explicite et ancré dans la réalité concernant les démarches administratives et sociales en cours¹. Ce souci passe aussi par l'instauration d'un maillage institutionnel qui met en lien les soins de santé et le travail social. La garantie d'une certaine continuité des soins peut se faire également en employant une technique plus active, qui passe par la reconnaissance de la réalité des événements traumatiques (Ferenczi, 1933). Cette technique active recrée de la continuité entre les événements et témoigne de l'empathie pour les angoisses massives exprimées, sans pour autant se lancer dans un accrochage à des éléments factuels sur le mode de l'investigation. Il s'agit ici d'accompagner les différentes étapes du parcours pour tenter de dénouer une répétition des passages à l'acte créant de nouvelles ruptures. Cette technique active peut également être envisagée au-delà même du cadre de l'entretien thérapeutique, par le biais du développement de dispositifs qui s'inspirent du champ du soin de la précarité et qui mettent l'accent sur « l'aller vers » (Auffret, 2016).

Parce que l'attente de l'issue de la procédure de demande d'asile produit des effets de passivation chez les sujets, il importe de soutenir des dispositifs de soin qui ne sont pas quant à eux conditionnés par la procédure, mais qui peuvent aussi s'adapter à ce qu'elle produit, en intervenant par exemple directement dans le centre d'hébergement des personnes et en allant au-devant d'elles pour prendre de leurs nouvelles, ou en proposant un cadre de permanences psychologiques ouvertes, où le sujet peut venir sans contrainte de rendez-vous, quand il en éprouve le besoin². Chaque étape de la procédure comporte son lot d'espoirs, d'inquiétudes, et de déceptions, et le clinicien se trouve en position de garantir une certaine continuité du soin et une souplesse dans l'accueil, au-delà des aléas de la procédure et de son issue, contribuant ainsi à ancrer la continuité psychique du sujet lui-même. L'attente de l'issue de la procédure de demande d'asile est également porteuse d'un autre ordre de questionnements cliniques, qui ont trait à la précarité des liens et à la dilatation du temps induite par l'attente.

Attente dans la précarité et « politique de l'épuisement³ »

La configuration sociale et politique propre aux politiques migratoires mises en œuvre en France et en Europe fait du parcours de demande d'asile un parcours d'attente dans la précarité physique et

1. Je pense ici à un demandeur d'asile me montrant un formulaire qu'il est en train de remplir en lien avec la procédure et engageant une discussion à ce sujet.

2. C'est le cas notamment des « Points coute psy » proposés par EOS PSY dans les résidences ADOMA en Île-de-France, dispositif dans le cadre duquel j'ai été amenée à rencontrer des demandeurs d'asile qui ne bénéficiaient d'aucun suivi psychologique par ailleurs.

3. « Politique de l'épuisement » est une expression reprise de la thématique d'une journée de colloque du 15 janvier 2020 à l'INALCO, organisé par l'Institut converges migrations.

psychique, dans lequel le sujet se trouve hors lieu et hors temps, bien souvent relégué dans des espaces intermédiaires. Cette situation, à laquelle s'ajoute le risque toujours présent que leur demande soit rejetée et qu'obligation leur soit faite de quitter le territoire, va rendre pour les demandeurs d'asile l'investissement dans les liens particulièrement précaire, y compris dans un lien thérapeutique, et va contribuer à un vécu subjectif de dilution du temps (Kobeslinsky, 2014). Parmi les demandeurs d'asile rencontrés, tous expriment ce sentiment d'errance et de dilution du temps. Ils font état de l'instabilité de leurs lieux de vie et du caractère précaire des sociabilités associées : centres d'accueil dédiés dans le meilleur des cas, mais également lieux d'hébergement d'urgence, hébergement par des proches ou par des personnes rencontrées au hasard, hôtels sociaux, lieux publics dans le cadre de périodes passées à la rue. Quelques espaces repères perçus comme accueillants et conférant l'illusion d'une participation relative à la vie sociale du pays d'accueil, souvent des lieux publics dans lesquels ils n'ont aucun compte à rendre tels que les bibliothèques, ne permettent que peu de pallier l'absence d'un abri sécurisé humanisé par la présence d'un autre secourable (Freud, 1950).

Cette attente dans la précarité et teintée d'incertitude va mettre à mal l'intégrité physique et psychique des demandeurs d'asile, ainsi que leurs liens à leur environnement humain et non humain (Searles, 1986) et les conduire à l'épuisement. Cet épuisement institutionnalisé, qui est produit par le fait que des instances qui ont pouvoir sur eux « font attendre » (Göttlich, 2015) les demandeurs d'asile, est évoqué par Monsieur F. comme un abrutissement :

« Donc j'étais au niveau d'Emmaüs, là au moment où j'étais en centre de détention en novembre. Je suis resté là, après, ils m'ont envoyé dans un autre centre, parce qu'ils transfèrent après trois semaines/un mois, ils vous envoient dans un autre. Et après, ils m'ont envoyé à Bastille, la Cité Saint-Martin, je suis resté là, jusqu'à présent je suis là-bas [...] C'est un système qui abrutit un peu les gens. »

Monsieur F. ajoutera qu'il a finalement perdu sept années de sa vie, « comme ça, gratuitement », et témoigne ainsi de la traversée d'une expérience qui a occasionné pour lui une perte de vitalité considérable. Cet épuisement est récurrent chez les demandeurs d'asile rencontrés, et va transparaître dans d'autres entretiens par l'émergence d'affects dépressifs, de mouvements de désespoir, ou encore par l'expression de douleurs ou problèmes somatiques. C'est ainsi que la fille de Monsieur et Madame J., venue du Sri Lanka, a éprouvé tout au long du déroulé de la procédure de demande d'asile des maux de tête persistants, témoignant de la précarité qui imprègne son corps. Monsieur R., demandeur d'asile venu de République centrafricaine et attendant la réponse à un recours après un premier refus, explique quant à lui dans un mouvement de désespoir qu'au cas où la procédure n'aurait pas d'issue favorable, il préfère mourir et que l'on rapatrie ses cendres en République centrafricaine, et qu'ainsi il sera « tranquille » et échappera à la tension de l'attente. Cette parole, qui est celle d'un sujet épuisé, laisse entrevoir combien l'attente et l'incertitude quant à l'issue de la procédure vont teinter l'attente et le lien thérapeutique de mélancolie.

Pour Freud, la mélancolie peut être repérée au niveau psychopathologique comme un deuil au cours duquel l'objet perdu a été rapatrié dans le moi où il devient victime de reproches qui progressivement le détruisent, et détruisent par là même le sujet (Freud, 1917), alors que le deuil normal trouverait habituellement une issue dans le désinvestissement affectif par le sujet de l'objet d'amour perdu. Autrement dit, le deuil pathologique est un deuil au cours duquel le sujet se perd avec l'objet perdu. Il y a donc une dimension d'atteinte narcissique dans le deuil mélancolique, au sens où la perte des liens et des objets extérieurs vient attaquer les fondements du moi. Cela se retrouve dans les paroles de plusieurs demandeurs d'asile rencontrés, qui vivent la fuite de leur pays comme le deuil d'un environnement qui les a profondément déçus, et qui se trouvent atteints dans ce qui faisait la base de leur identité (Cerf de Dudzele, 1999). Pour autant, ils ne peuvent suivre le rythme propre à ce deuil et tenter de fonder de nouvelles bases dans le pays d'accueil, car ils se heurtent à une attente qui vient mettre à mal la possibilité d'investir un pays d'accueil où leur statut symbolique serait de nouveau sécuritaire. On remarque ainsi chez les demandeurs d'asile une oscillation entre la tentation de fuite du lien pour se prémunir d'être renvoyé à la situation intermédiaire qui est la leur, et des tentatives parfois désespérées et idéalisantes pour tenter d'établir un lien à autrui, où c'est le thérapeute qui peut avoir envie de fuir devant la massivité de l'investissement dont il devient l'objet⁴. Monsieur C., qui a interrompu brutalement notre entretien, explicite ainsi sa position subjective dans le cadre de la demande d'asile en soulignant comment il se trouve face à un vide qui le laisse démuné :

« Donc ils m'ont dit que je devais chercher une adresse, donc j'étais dans la confusion, mais mon ami, avec qui j'étais en Hollande – j'ai trouvé quelques pièces – je l'ai appelé et il m'a envoyé de l'argent pour... ce type, qui est un autre type, et j'étais supposé utiliser son adresse. Donc le type m'a donné l'adresse, et j'ai été à la préfecture. Donc j'ai attendu pour leur réponse, pour savoir ce que je peux faire. J'ai attendu longtemps, rien, et ensuite, je suis retombé dans l'inquiétude, vous comprenez, si bien que j'espérais que le type de Hollande me demande où j'en étais. Je lui ai tout expliqué, que j'étais seul, il m'a dit de venir encore, il est venu me chercher en voiture, il m'a emmené et il a dit "À chaque fois que tu m'appelleras, je reviendrai." J'ai continué avec l'adresse, j'étais là, je n'avais pas de lettre, rien. »

Ce « rien » auquel se confronte Monsieur C. dans l'attente de l'issue de la procédure de demande d'asile souligne la précarité des liens qu'il tente de nouer en passant d'un lieu de vie à un autre, voire d'un pays à un autre, et qui ne peuvent pas tenir faute d'un ancrage symbolique qui leur donnerait droit à exister.

Cette difficulté d'investissement liée à l'entre-deux de la situation d'attente de demande d'asile va entrer en résonance avec les pertes subies au moment du départ du pays d'origine, convoquant le clinicien sur le versant d'un travail de sécurisation des liens malgré l'attente de l'issue de la procédure de demande d'asile, et sur le versant de l'accompagnement d'un travail de deuil⁵. Il peut arriver au clinicien tant de se laisser emporter par le désespoir de ceux qu'il écoute, ou au contraire de

4. Je pense ici aux éléments contre-transférentiels de mon entretien avec Monsieur R., où j'étais convaincue que sa vie dépendait de moi, en particulier devant l'évocation de ses idéations suicidaires.

5/ Je pense ici à Monsieur J., évoquant qu'il ne reste plus rien de la maison familiale au Sri Lanka, que de la terre, ou encore à Monsieur R., évoquant les membres de sa famille disparus, ce dont il s'estime responsable du fait de son engagement politique.

se présenter, dans un mouvement idéalisant de coupure par rapport à la réalité, comme le dernier rempart qui viendrait sauver les demandeurs d'asile (Pestre, 2010), les contraignant à être eux-mêmes des patients idéaux dans un lien inauthentique (Eiguer, 2007).

Prendre soin de l'attente de l'issue de la procédure de demande d'asile implique alors de travailler, tant avec le patient que chez le clinicien, ces mouvements mélancoliques, oscillant entre déception et idéalisation. Cela peut advenir lorsque le clinicien permet au patient d'exprimer sa tristesse, ou des angoisses de rejet ou de perte d'amour (Freud, 1926) qui sont réactivés par l'incertitude quant à l'issue de la procédure. L'extrait d'entretien avec Madame I., une demandeuse d'asile ivoirienne, qui a fui son pays en commençant par rester quelque temps au Mali avant de venir en France, témoigne bien de ce dernier aspect :

« I : Pour le moment, ils m'ont envoyé une réponse de l'OFPPA, j'ai été rejetée.

E : Rejetée ?

I : J'ai expliqué mon problème, ils m'ont dit non que bon je suis malienne, je me fais croire une ivoirienne. Mais je ne suis pas née au Mali, je connais même pas le Mali ! C'était pas à faire des balades que je suis allée au Mali, pour faire un an. [...]

E : Et donc, vous faites un recours ?

I : Oui. [...] Moi j'ai un peu peur, parce que si le recours marche pas, que je demande l'asile et ça a pas marché, si le recours marche pas et qu'on me fait retourner dans mon pays, ça me plaît pas quoi, je peux pas y aller [...] je n'ai plus rien là-bas. [...] Je préfère rester ici en prison, je veux pas partir. »

Face à une attente qui risque de la ramener à l'abrasement de ses ancrages dans son pays, et à la perte des membres de sa famille, Madame I. peut exprimer son inquiétude quant à l'issue de la procédure de demande d'asile sous la forme d'une crainte d'être rejetée, mais aussi s'approprier le sens que revêt pour elle le fait de rester en France quelle que soit par ailleurs l'issue de la procédure. Une mise au travail des mouvements mélancoliques et de deuil peut également advenir quand le clinicien se saisit d'une possibilité permettant au sujet de retrouver un regard propre sur le monde qui l'entoure, au-delà ou à côté des contraintes qui le maintiennent dans une temporalité distendue. Il s'agirait ici de proposer des dispositifs qui vont ouvrir la possibilité d'une prise de distance par rapport à la capture mélancolique exercée par l'objet perdu, que l'attente et l'épuisement qui en est le corollaire viennent potentialiser. Quoique qu'il ne relève pas d'un objectif directement thérapeutique, l'exemple du prêt d'un appareil photo à un résident dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile et des moments de partage autour des photographies réalisées cité par Kobelinsky (2014) éclaire sur une manière de prendre soin de l'attente qui permette de redonner un sens au moment présent. Ce geste de la chercheuse a contribué à ce que le demandeur d'asile affirme la légitimité de son regard propre sur le monde dans le pays d'accueil, et ce malgré l'incertitude de l'issue de la procédure. On peut également penser ici aux ateliers d'écriture mis en place par certaines associations⁶. Ces

6. C'est le cas par exemple pour les ateliers d'écriture animés par Virginie Poitrasson au Comité œcuménique d'entraide (Cimade), <https://remue.net/Les-Ateliers-d-ecriture-a-la-Cimade>

dispositifs permettent le déploiement de résonances groupales entre les parcours des demandeurs d'asile, leur permettant de subjectiver et de partager une communauté de situation de fait. Ils offrent la possibilité de faire groupe autour d'éléments communs, mais aussi de travailler au deuil de ce qui a été laissé dans le pays d'origine, et au travail de la langue qui peut permettre ce deuil (Altounian, 2005). Ce type de position éthique, dans la recherche ou dans le soin, convoque, on le voit, une dimension médiatrice dans le rapport à la société d'accueil qui semble desserrer l'étau de l'attente, que ce soit par le biais d'un support matériel ou d'une langue qui viennent symboliquement faire tiers entre le passé traumatique et l'avenir qui demeure incertain, toujours susceptible d'être marqué par la répétition de l'arbitraire. Au-delà de la teinte mélancolique de l'attente qui émerge à travers la « politique de l'épuisement » mise en œuvre dans le dispositif de traitement des demandes d'asile, c'est ici la question d'une confiance minimale permettant la relation à l'autre et la symbolisation des éléments traumatiques de l'histoire des demandeurs d'asile qui émerge.

L'attente à l'épreuve de la défiance

L'attente de l'issue de la procédure de demande d'asile est une attente hors du *nomos* (Agier, 2002), qui constitue un état d'exception et renvoie à la condition d'homme tuable (Agamben, 1997) que les violences subies dans le pays d'origine ont rendue saillante. Comme le souligne Michel Agier, le processus par lequel les sujets deviennent demandeurs d'asile est amorcé par un premier geste, qui est celui de mettre en danger la vie et d'exclure conjointement de la communauté des humains : « Dans la spécificité de ces guerres lointaines, toutes locales, spécifiques et apparemment non généralisables, il y a en commun un geste initial qu'il est important de saisir et de retenir : celui qui consiste à souiller les victimes, à les rendre non seulement moins vivantes (blessées ou mortes) mais aussi moins humaines » (Agier, 2002, p. 34).

Les dispositifs d'accueil dans lesquels s'inscrivent les demandeurs d'asile sont des dispositifs d'attente, dans lesquels les requérants sont assujettis à la décision d'une institution qui dispose du pouvoir de leur redonner accès à une place symbolique. Dans l'intervalle, ces dispositifs pourvoient uniquement et avec réserve à des besoins humanitaires, disjoignant ces deux dimensions et révélant en creux une crise de leur lien. On pourrait dès lors qualifier l'attente des demandeurs d'asile d'attente « nue » ou d'attente dans le dénuement, au sens où l'issue de la procédure de demande d'asile comporte un enjeu d'inscription dans le lien social dans lequel le droit à la vie et le droit à une vie libre en société sont conjointement en jeu. L'attente à laquelle sont contraints les demandeurs d'asile, et ce qu'ils en disent, viennent précisément questionner le dispositif d'accueil comme un dispositif limite, potentiellement porteur d'arbitraire.

L'entretien avec Monsieur R. est à cet égard significatif, puisqu'il décrit un quotidien qu'il partage avec des membres de sa famille qu'il avait perdus de vue, et qui sont pour lui des étrangers. Perçu comme

une charge financière par eux puisqu'il a épuisé ses droits aux allocations prévues pour les demandeurs d'asile, les renvoyant aux atrocités survenues pour les autres membres de la famille, il vit un quotidien d'une immense précarité, où il est affamé et obligé de se faire invisible dans son propre foyer. Il confie qu'en Afrique, on dirait de lui qu'il n'a pas de lit. Il doit ainsi tous les matins replier son matelas pour laisser la pièce dans laquelle il dort libre, et manger le moins possible. L'évocation de cette réalité extrême traduit bien que l'issue de la procédure de demande d'asile comporte l'enjeu d'une sortie d'un état dans lequel toutes les appartenances sont en suspens. L'absence aux autres à laquelle Monsieur R. semble contraint est une précarité humanitaire et politique, qui ne lui permet pas d'accéder à une place sociale (il a par exemple des difficultés administratives pour s'inscrire à l'université). Elle renvoie également à une absence à lui-même dans les moments d'hébétude qu'il dit traverser. L'entretien, quoique long et fourni, est ponctué de silences et d'ellipses dans le récit, qui renvoient à ces moments. L'angoisse quant à l'issue de la procédure est très présente au cours de cet entretien, ce qui conduit à établir un lien entre l'attente et la dimension de défiance qui est constitutive du lien à autrui pour les demandeurs d'asile.

Cette angoisse d'être soumis à l'arbitraire qui imprègne l'attente de l'issue de la procédure de demande d'asile renvoie en effet à la composante de la figure de l'autre du lien social (Freud, 1950) que Lacan va appeler « das Ding », c'est-à-dire, « la chose », la partie de l'autre qui peut à tout moment verser du côté de l'hostilité, et envers laquelle il ne saurait y avoir de garantie (Lacan, 1986). Cette composante incertaine de toute relation se trouve particulièrement réactivée par l'attente de l'issue de la demande d'asile et joue un rôle fondamental dans le cadre du lien thérapeutique avec les demandeurs d'asile. L'extrait d'entretien avec Monsieur A. précédemment cité témoigne bien de cet aspect : dans l'attente de l'issue de la procédure de demande d'asile, les personnes qui se présentent à lui apparaissent dans l'entretien comme tel ou tel « type », être anonyme à qui l'on ne sait pas si l'on peut se fier, et qui suscite la défiance. Au fil de l'entretien, même la personne qu'il semble nommer comme un ami, qui vit en Hollande et lui dit qu'il pourra toujours l'héberger, se dessine comme une figure suspecte, dans une proximité avec des réseaux délinquants. C'est aussi dans le sens d'une interrogation sur le risque que je sois un autre hostile que j'interprèterais la question de Monsieur R. concernant mon avis sur la politique extérieure de la France. La possibilité d'instaurer ou non une confiance minimale constitue un enjeu essentiel dans le soin aux demandeurs d'asile et va être remise en jeu comme condition de possibilité de tout lien. Parfois, c'est en permettant indirectement que la défiance soit parlée qu'une confiance minimale peut s'établir⁷. Pour d'autres demandeurs d'asile, c'est la possibilité d'être crus quant à leur parcours qui va cristalliser cet enjeu, en écho avec l'issue de la procédure de demande d'asile, vis-à-vis de laquelle le thérapeute doit se décaler. Dans l'extrait de l'entretien avec Madame I. cité précédemment, on voit bien transparaître que l'attente de l'issue de la procédure de demande d'asile comporte cet enjeu majeur pour elle : celui d'être crue ou non à propos de son histoire. Il lui est renvoyé qu'il y aurait des incohérences dans son récit, et elle se trouve

7. Je pense ici à une situation où un patient remplissait avec moi un formulaire administratif, en me demandant de traduire certaines parties. Au moment de cocher la case nationalité, les nationalités proposées ne correspondant pas à la sienne, il doit cocher la case « autre », et me dit « oui, autres, c'est que nous sommes définitivement », ce dont nous avons pu rire.

questionnée sur sa nationalité et assignée à une autre nationalité que la sienne, ce qu'elle vit comme une atteinte des fondements-mêmes de son identité. L'OFPRA estime que son récit comporte des incohérences, et qu'elle devrait fournir des preuves (Fassin et Rechtman, 2007). À travers la question de la véracité du récit qui est soumis à évaluation, c'est pourtant aussi celle de la reconstitution du fil d'une histoire traumatique qui apparaît, et c'est sur ce point qu'intervient la dimension éthique du soin.

Les incohérences, et parfois les blancs dans les récits, sont en effet à lier à la temporalité psychique de la mémoire traumatique (Waintrater, 2003). Si cette temporalité se trouve en décalage avec le déroulement de la procédure de demande d'asile, elle peut être entendue et respectée comme telle dans le cadre d'un lien thérapeutique. Cela passe notamment par un travail sur le clivage des contenus traumatiques (Ferenczi, 1932). Chasseguet-Smirgel (2000) fait à cet égard une proposition qui semble pertinente pour orienter le clinicien qui travaille avec les demandeurs d'asile, et qui chercherait à établir un lien de confiance, alors même que l'incertitude quant à l'issue de la procédure de demande d'asile perdure. Alors que revient régulièrement chez un patient rescapé des camps de concentration la phrase « Vous ne me croyez pas » au moment où surgissent les éléments les plus violents de son histoire, Chasseguet-Smirgel constate que le fait de le questionner sur cette défiance, et donc de pointer le clivage qui existe chez le patient lui-même, est inopérant. Elle a un jour l'idée de lui parler d'un rêve rapporté par Primo Levi (1947), dans lequel il rêve qu'il raconte ce qu'il a vécu dans les camps à son entourage, et que cet entourage ne l'écoute pas. L'évocation de ce rêve fera que le patient pourra se reconnecter avec certains éléments de son histoire, et ne posera plus la question à sa thérapeute de savoir si elle le croit ou non. Pour Chasseguet-Smirgel, le soin des éléments traumatiques passe par un travail essayant de réinscrire ces éléments dans une communauté humaine qui va au-delà de la seule personne du thérapeute, où quelque chose peut être partagé socialement. Dans le cas des demandeurs d'asile, cela implique que le thérapeute mette au travail son propre rapport à l'histoire et au politique, pour convoquer la possibilité d'une mémoire qui reconnaîtrait socialement la dimension traumatique de leurs parcours (Edkins, 2006). Cela confère là encore une dimension chronopolitique à la possibilité de prendre soin de l'attente des demandeurs d'asile, soin qui serait aussi soin d'une mémoire collective des événements qui les ont poussés à quitter leur pays, et des éventuelles résonances de ces événements dans le pays d'accueil. La possibilité d'un lien thérapeutique qui ne serait pas contaminé par la défiance au risque de se retourner en « réaction thérapeutique négative » (Freud, 1920) aboutissant à l'échec du traitement ou de contraindre le patient à la seule possibilité qui lui resterait alors, et qui serait celle de l'identification à l'agresseur (Ferenczi, 1933), apparaît comme étroitement liée à cette prise en considération des éléments traumatiques par le thérapeute, qui va permettre à une temporalité d'un autre ordre de se déployer tandis que se poursuit l'attente de l'issue de la procédure de demande d'asile.

Conclusion

De la notion d'« attente croyante » proposée par Freud à ses débuts pour éclairer la dimension psychique de l'efficacité de tout traitement psychothérapeutique, il est possible de conserver des pistes fructueuses de réflexion sur le soin de l'attente effective des demandeurs d'asile. Si les ressorts fantasmatiques mis au jour habituellement dans la psychothérapie mettent en évidence une certaine dynamique de l'attente, et impliquent que le clinicien se positionne en lien avec cette dynamique, les interférences de la réalité et de la chronopolitique de l'asile vont mettre au travail différemment la question de l'attente, et pousser le clinicien à remettre sur le métier l'éthique de la réserve qui est habituellement la sienne dans le soin psychique. Une technique plus active, mais sans qu'elle risque de devenir envahissante, un travail sur la discontinuité et le clivage, vont constituer la base de son travail, afin de rendre le lien de nouveau possible. C'est paradoxalement à produire et susciter de l'attente que va devoir travailler le clinicien, mais une attente qui soit réanimation protectrice de la vie psychique et de l'avenir du sujet. Parmi les dispositifs de soin évoqués comme permettant de prendre soin de l'attente, plusieurs reposent sur la possibilité de travailler à restituer une place au sujet qui lui soit propre, tout en étant articulée socialement, et ce même si la procédure de demande d'asile le maintient dans l'attente. Pour prolonger ces propositions, il serait pertinent du point de vue d'une éthique appliquée d'interroger des dispositifs de recherche de type recherche-action impliquant les demandeurs d'asile et les incluant comme acteurs ayant vocation à faire évoluer les modalités de fonctionnement des dispositifs d'accueil, ainsi que les modalités du soin.

Bibliographie

AGAMBEN, G. 1997. *Homo sacer. I. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Le Seuil.

AGIER, M. 2002. *Aux bords du monde, Les réfugiés*, Paris, Flammarion.

AGIER, M. 2011. *Managing the Undesirables: Refugee Camps and Humanitarian Government*, Cambridge (UK), Polity.

ALTOUNIAN, J. 2005. *L'intraduisible : deuil, mémoire, transmission*, Paris, Dunod.

AUFFRET, M. 2016. « Le cadre de l'équipe mobile : espaces paradoxaux », dans A. Casagrande (sous la direction de), *Éthique et management du soin et de l'accompagnement*, Paris, Dunod, p.163-196.

BALIGAND, P. 2013. *Une chambre à soi : étude psychanalytique de la notion de chez-soi à travers les liens entre espace et présentabilité*, thèse de doctorat en psychopathologie et psychanalyse de l'université Paris Diderot, sous la direction de Patrick Guyomard.

BERTAUX, D. 1997. *Les récits de vie*. Paris, Nathan université.

BOUTON, C. 2017. « Vitesse, accélération, urgence : remarques à propos de la chronopolitique », *Sens-Dessous*, 19(1), p. 75-84.

CAMBRÉZY, L. 2001. *Réfugiés et exilés. Crise des sociétés. Crises des territoires*. Paris, Editions des Archives contemporaines.

CERF DE DUDZEELE, G. 1999. « Se maintenir en vie dans l'humaine barbarie. Le narcissisme primaire corporel », dans N. Zaltzman (sous la direction de), *La résistance de l'humain*, Paris, Puf, p. 107-130.

CHASSEGUET-SMIRGEL, J. 2000. « Trauma et croyance. » *Revue française de psychanalyse*, n° 64(1), p. 39-46.

DENIAU, A. 2015. « Le transfert, la foi, la croyance », *Les cahiers psychologie politique*, n° 26, <http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=2965>

EDKINS, J. 2006. « Remembering relationality. Trauma, time and politics », dans D. Bell (sous la direction de), *Memory, Trauma and World Politics: Reflection on the Relationship Between Past and Present*, Londres, Palgrave Macmillan, p. 99-115.

EIGUER, A. 2007. « Migration et faux-self : perspectives récentes », *L'information psychiatrique*, vol 83(9), p. 737-743.

FASSIN, D. ; RECHTMAN, R. 2007. *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.

FERENCZI, S. 1932. « De la psychologie de la commotion psychique », dans *Le traumatisme*, Paris, Payot, 2006.

FERENCZI, S. 1933. *La confusion des langues entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion*, dans Œuvres complètes, t. IV, Paris, Payot, 1982.

FREUD, S. 1890. « Le traitement psychique », dans *Résultats, idées, problèmes*, I, Paris, Puf, 2011.

FREUD, S. 1912. « Sur la dynamique du transfert », dans *La technique psychanalytique*, Paris, Puf, 2007.

FREUD, S. 1917. « Deuil et mélancolie », dans *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968.

FREUD, S. 1920. « Au-delà du principe de plaisir », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 2001.

FREUD, S. 1925. *Autoprésentation*, Paris, Puf, 2011.

FREUD, S. 1926. *Inhibition, symptôme, angoisse*, dans *OCF*, vol. XVII, Paris, Puf, 2006.

FREUD, S. 1950. *Esquisse d'une psychologie scientifique, La naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1956.

GARDELLA, E. 2014. « L'urgence comme chronopolitique », *Temporalités*, 19.

GÖTTLICH, A. 2015. « To wait and let wait », *Schutzian Research*, vol.7, p. 47-64.

GUYOMARD, P. 2001. « L'éthique du bien et le désir du sujet », *Cahiers de psychologie clinique*, 2, n° 7, p. 9-18.

KOBELINSKY, C. 2010. « Les limites de l'hospitalité. Accueil et dépendance des demandeurs d'asile », dans D. Fassin (sous la direction de), *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris, La Découverte, p. 2385-2402.

KOBELINSKY, C. 2014. « Le temps dilaté, l'espace rétréci », *Terrain*, 63 [En ligne].

LACAN, J. 1986. Le Séminaire, Livre VII (1959-1960), *L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil.

LEGOUX, L. 2004. « Changements et permanence dans la protection des réfugiés », *Revue européenne des migrations internationales*, 20, n° 2, « L'asile politique en Europe depuis l'entre-deux guerres », p. 9-22.

LEVI, P. 1947. *Si c'est un homme*, Paris, Pocket, 1988.

PESTRE, E. 2010. *La vie psychique des réfugiés*, Paris, Payot.

ROUSSILLON, R. 2012. *Agonie, clivage, symbolisation*, Paris, Puf.

SEARLES, H. 1986. *L'environnement non humain*, Paris, Gallimard.

SÉDAT, J. 2010. « Freud, L'invention de la cure analytique », *Études*, t. 413(9), p. 199-210.

WAINTRATER, R. 2003. *Sortir du génocide : témoignage pour réapprendre à vivre*, Paris, Payot.

WINNICOTT, D.W. 1969. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

WINNICOTT, D.W. 1989. « La crainte de l'effondrement », dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000.

WITHOL DE WENDEN, C. 2016. *Migrations, une nouvelle donne*. Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme.