

Trauma, exil et exclusion à l'articulation du social, du politique et de la santé

Abdelhak ELGHEZOUANI¹, Issack BIYONG¹, Kolou S. DASSA², Fabrice Z. NDOUMOU³, Kounou KOSSI⁴

Résumé :

La biculturalité dans l'aide aux victimes de violences collectives peut être iatrogène. Le but de notre travail est de repenser les modes de prise en charge psychiatriques et psychosociales à long terme de ces victimes. Le Diwan est un dispositif psychothérapeutique basé sur un groupe de pairs, reproduction des espaces collectifs de discussion existant dans plusieurs sociétés.

Il s'agit de créer une nouvelle communauté, transitionnelle, qui a pour fonction de réassurer l'individu par l'identification aux semblables, de réparer son narcissisme, en lui permettant d'externaliser sur autrui ses parties saines, pour mieux se les réapproprier dans un second temps. Au Diwan, le clinicien analyse la dynamique de groupe. Il est le garant du processus socio-affectif, son rôle se réfère donc au chaman, au «vieux», au sage, au guérisseur, etc. ...

Mots clefs : traumatisme , exil, exclusion, mesure de santé, appartenance, biculturalisme, diwan

Abstract :

The biculturalism in the psychological treatment of victims of collective violence can be iatrogenic. The aim of this work is to revise our model of psychiatric and psychosocial long care of these victims. The Diwan is a psychotherapeutic approach based on group of peers support, reproduction of discussion and collective decision making settings found in many societies.

The aim is to create a new transitional community that will reassure a person through self-identification with those with whom he/she has a lot in common, and repair his/her narcissism, by allowing him/her to externalize to others his/her healthy aspects, in order to better re-appropriate them. In Diwan sessions, the clinician analyzes group dynamics. The clinician effects the socio-affective process, he is considered as the shaman, the village elder, the wise or the healer, etc.

Mots clefs : Trauma, exile, exclusion, health policy, membership, biculturalism, diwan

Partie 1

Domaine de réflexion et espace d'action thérapeutique en faveur des victimes et survivants des violences collectives

En tant que champ de réflexion et d'action, le travail psychothérapeutique avec les victimes de violences collectives se trouve dans une véritable impasse épistémologique et éthique. Du point de vue clinique, et plus particulièrement nosographique, les entités dont disposent les cliniciens, à savoir les diagnostics de d'état ou trouble de stress post-traumatique(TSPT), d'état ou de trouble dépressif, de trouble somatoforme et de trouble des conduites constituent d'une certaine manière une troncation de la réalité en ce sens qu'ils mêlent bourreaux et victimes, ignorent la responsabilité, la réparation, la réconciliation, la théorie des conflits et de leur résolution.

Dans un contexte biculturel l'aide psychologique est limitée par des «tâches aveugles» Sironi, F. (2003)[1] et provoque de la souffrance ; elle peut même devenir iatrogène et dans tous les cas perpétue des rapports de domination et des situations aliénantes. Les relations sociales sont asymétriques, déséquilibrées et toujours en faveur du représentant de la société d'accueil. Un tel déséquilibre n'est pas favorable à une réelle expression des besoins de l'interlocuteur-demandeur et provoque

des mouvements de «contre-capture» parasites C.De Jonckheere et Bercher (2003)[2].

Notre terrain d'étude et de travail est celui de la santé mentale des réfugiés et des demandeurs d'asile. De quelle manière un centre d'aide ou de soins peut-il répondre de façon adaptée à leurs besoins culturels, sociaux, économiques, politiques et cliniques?

Les études sur la santé mentale des réfugiés s'accordent sur trois points essentiels :

- *les réfugiés sont passés par des expériences traumatiques dans leur pays d'origine ;*
- *leur fuite a été elle-même traumatisante et les a exposés à des risques et des faits parfois aussi graves que ceux qu'ils voulaient précisément fuir ;*
- *leurs problèmes ne sont pas terminés lorsqu'ils ont atteint leur destination.*

A notre sens, il s'agit alors de repenser le mode de réponse et des prises en charge. En effet, la persistance de la détresse psychologique parmi les communautés de réfugiés et de requérants d'asile est notoire. Elle s'additionne au fait que beaucoup d'entre eux évitent d'utiliser des services d'aide fondés formellement sur la médecine, la psychiatrie, la psychologie, la psychopathologie et la psychothérapie des autres: autrement dit, des approches de la maladie et des maladies dites cliniques basées sur la connaissance des autochtones et non des allochtones. Ce qui revient à remettre en question l'approche clinique au sens psychothérapeutique classique du terme, évoquant un dispositif, un projet et une répartition spécifique des tâches.

Une approche intégrative, socio-centrée et ses conséquences sur le dispositif de soins

Le réfugié ne conçoit pas ses problèmes et ses souffrances en termes de santé mentale; il vit des difficultés pratiques pressantes qui ont elles-mêmes des conséquences importantes sur sa santé mentale. Par ailleurs, «Les paradigmes de la compétence culturelle fondée seulement sur la reconnaissance de la dif-

férence culturelle ne sont pas suffisants pour prendre en compte les subtilités et l'importance des interactions culturelles entre les réfugiés et les services de santé mentale. Ainsi, pour Rose-Marie Moro «la question éthique essentielle dans la pratique thérapeutique est de savoir introduire l'altérité culturelle dans nos dispositifs de soins»Baudet, T. et R. M. Moro(2003)3.

Les besoins des réfugiés mettent au défi les attitudes et les conceptions habituelles du travail en santé mentale. En effet, leurs besoins de reconnaissance, de sécurité et de réparation sont au devant de la scène. Or, les modèles d'intervention en santé mentale les plus courants n'ont pas été conçus pour ce type de besoins. En l'occurrence, «En l'absence d'interactions sociales et d'un cadre culturel, ni les émotions ni les souvenirs ne peuvent être expérimentés, exprimés ou discutés de manière significative.»Zarowsky, C. et D. Perdrson (2000)[4].

Le phénomène traumatique dans le contexte des soins en santé mentale avec des migrants victimes de violences politiques

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est causé par un choc émotionnel créant des dommages psychologiques et somatiques diversifiés, le plus souvent importants et profonds. Il s'agit d'un trouble qui se contracte en un instant alors que ses effets dévastateurs s'installent, parfois de manière différée, pour longtemps, voir pour toujours.

La victime va alors endurer pendant des années une partie ou l'ensemble des symptômes connus de la littérature psychiatrique. Un volet important de cette symptomatologie est celui de la psychosomatique, à l'expression toujours bruyante et insistante et souvent portée par une demande aux accents comminatoires.

Un autre phénomène tient à l'épuisement des intervenants dans un «colmatage» permanent face aux coups de boutoir d'une certaine réalité (précarité, pauvreté,

insécurité, exclusion sociale, etc.); les contre-attitudes face aux demandes incessantes d'intervention dans la procédure d'asile ; les difficultés à travailler dans des situations faites d'enlèvement

ou se terminant en queue-de-poisson, etc. Nous pouvons aussi être frappés par la chronicisation et la multiplication des prises en charge, parallèlement à une évidente persistance des symptômes. Nous avons alors élaboré divers postulats et hypothèses.

Il s'agit tout d'abord d'introduire une historicité ancrée dans une réalité concrète, et du sujet souffrant et du travail thérapeutique, dans un rituel dont la fonction principale ne saurait être autre chose d'abord que le rétablissement de liens intersubjectifs et de la conflictualité interne, en premier lieu dans l'ici et maintenant, entre le migrant, le cadre de l'accueil et les représentants de ce cadre. Une telle construction s'effectue à travers la production et la circulation d'objets concrets, d'objets-événements ainsi qu'à travers celles des rôles alternés de donateur et de donataire J.C. Métraux (2007)[5]. Ce rituel se trouve ainsi à même de produire un cadre externe, social et culturel, parce qu'émergeant et faisant émerger du symbolique et le réinjectant sous forme d'objets sociaux et culturels appelés à se trouver internalisés, sollicitant et nourrissant le cadre dit «interne».

C'est ici que nous voyons s'opérer l'équation : " objets de création/de culture - objets d'échanges - objets intériorisés " ; mais en quoi aide-t-elle l'intervenant ? A notre sens, en lui épargnant un culturalisme aprioriste, réifiant, interventionniste. En quoi aide-t-elle le patient ? Précisément, à construire et à mobiliser des objets-événements, nouveaux équivalent-histoire, équivalent-culture, ou encore mobiliser ou actualiser et à opérationnaliser des objets anciens ou en projet, et ce d'une manière nouvelle, à l'intérieur d'un espace d'illusion sécurisé. Le temps figé du patient traumatisé par l'effraction et la sidération qui s'ensuit est sous l'emprise de la collusion, de l'ambiguïté, de la non-conflictualité. De même une massive régression affecte sa dynamique psychique jusqu'à en faire un être figé dans la posture presque obscène de la souffrance, dans l'impuissance pour lui-même et pour le soignant qu'il renvoie en miroir à un état de non-pensée, d'aboulie et parfois à des contre-attitudes mortifères et mortifiantes De Clercq, M. & Lebigot, F. (2001)[6].

Un tel système pathologique pouvant aussi produire un besoin de dégage- ment par la «compréhension», la capture et la contre-capture C. De Jonckere et D. Bercher (2003)[7], une forme d'agir dans l'identification ; de même que le patient se trouve pris dans un mécanisme d'identification à l'agresseur. D'où, peut-être, le besoin pratique, commode et somme toute légitime dans un premier temps de ressemblance/co-naissance. Dans ce cas, malheureusement, la culture, «chosifiée», ne joue pas son rôle de médiation entre l'individuel et le collectif, entre le Soi et l'autre, mais seulement un rôle de mise à distance, compréhensible et parfois même utile s'il produit une décentration de la «pathologisation» au profit d'une prise en compte de l'individuel, des liens intersubjectifs éventuellement encore vivants ou des aspects relationnels en cours dans le rituel-cadre thérapeutique. Pour ainsi dire, le temps figé, « collusionné » par l'effraction de l'événement critique M. Célis-Gernat (1999)[8] a produit l'effondrement de la figure après avoir détruit l'«enveloppe». Il y a donc bien là une sorte de confusion du fait même des caractéristiques et de la nature de l'événement critique, des caractéristiques bio-psycho-sociales du sujet mais aussi de l'effet des rituels-cadres des dispositifs d'aide et de soins dans lesquels il se trouve pris.

Un autre constat est que ces prises en charge seraient «capturées» dans ce que nous appellerons un «triangle pervers» ; dont les trois sommets seraient respectivement occupés par :

- **la triangulation** : absence de «demande» directe, celle-ci étant toujours le fait d'un autre professionnel de la santé ou du social ; et restant inarticulable ou inaudible car inassimilable à aucun des cadres connus des professionnels
- **l'instrumentalisation** : la prise en charge se trouve insérée dans une multiplicité de problématiques juridiques et sociales traduisant précisément l'exclusion et l'aliénation (certificats médicaux, par exemple)
- **la surdétermination** : par laquelle une réalité véhémente, maltraitante, urgente et insistante ne cesse de

faire irruption (crainte du renvoi et menaces réelles ; injonction de quitter le territoire du pays de refuge, par exemple ; exigence d'un certificat médical dans le cadre d'une procédure de suspension de renvoi).

Nous pourrions ainsi appeler cela un phénomène de «dévitalisation» de la rencontre thérapeutique, sa «banalisation», dans lequel, «la recherche du cadre perdu, l'immigré tendrait à la reconstruction, prématurée et artificielle, d'une nouvelle enveloppe, à partir d'un cadre externe étranger, conduisant ainsi à la formation d'une sorte de «faux-self» [...] et gelant les aspects les plus traumatiques de la migration.» N. de Coulon et S. Von Overbeck (1992) [9] et Furtos, J. (2008)[10]

D'une part, la migration, et d'autre part les traumatismes (causés intentionnellement par des humains) ont pour effet de désaffilier l'homme de lui-même et des autres. Le code culturel d'origine est perdu ou inadapté et l'affiliation au nouveau code n'est au mieux qu'un projet. Dans les deux cas, la continuité de l'être se trouve rompue et seules agissent les forces de la mort et de la maladie, les forces de la déliaison et de la désunion. La migration vient ainsi redoubler une rupture dans la continuité psychique, temporelle et spatiale, interne autant qu'externe chez un individu. Le traumatisme équivalant, lui, à une fracture du psychisme, de la relation à l'autre et à l'environnement social et naturel. Dans les deux cas, la culture, au sens d'espaces et d'objets transitionnels potentiels, ne remplit plus sa fonction de créatrice et de protectrice de la vie. Elle n'est plus l'articulation du code personnel et du code commun. Dans un cas, par l'absence ; dans l'autre par l'irruption de forces mortifères et destructrices.

Nous postulons enfin que la santé peut se mesurer à la capacité d'échanges et de communication d'un individu à l'intérieur d'un système capable de permettre ces échanges. De même, la qualité du cadre, de la relation et de l'action thérapeutique seront tributaires des éléments suivants :

- *la rupture de la «continuité du sens»:*

altérité, traumatismes et précarité ;

- *Les «lectures» concurrentes et exclusives des problématiques entre migrant et intervenant amènent une absence de «circulation» de significations, d'objets, de valeurs et de sens ;*
- *cette absence force alors à une banalisation et/ou à une instrumentalisation de la rencontre et, dans les situations qui nous occupent, à une «urmédicalisation» (cas pseudo «lourds», à diagnostics multiples, etc.) ;*
- *parfois à une maltraitance réciproque, à des «attaques au cadre» et à la perversion de la relation Sironi, F. (2003)[11].*

Un «paradoxe créateur» peut naître à condition de se désincarcérer d'une certaine épistémologie et d'une posture éthique, de profiter de se trouver «à la limite» pour franchir le pas et prendre ainsi le risque d'une rupture critique.

Dès lors, agir comme soignant, agir envers l'autre –souffrant et diminué au moment même où il se trouve rejeté et ignoré– serait à considérer et à concevoir comme une expérience-limite. Cette expérience-limite comporte un aspect paradoxal, sidérant, ainsi qu'un caractère indignant. Le soignant travaillant avec les requérants d'asile n'échappe ni à ce paradoxe, ni à cette sidération. Agir contre quoi ? La souffrance «réelle» ou la violence symbolique qui perdure ? Où se trouve l'efficacité ? De même, pour les victimes, où se trouve la souffrance la plus grande ? De quoi sont-elles réellement «malades» ? A quelles conditions pourront-elles «guérir» ?

Par conséquent, c'est en «soignant» l'environnement, le cadre, les règles et les objets de l'échange et surtout le groupe, dont on postule qu'il est moins «atteint», ou du moins pas de la même manière, que les individus qui le composent, introduisant ainsi une forme de «complémentarisme» articulant individuel et collectif, que l'on peut espérer trouver les ressources et les mécanismes de synergie, de «culture» F. Laplantine (1973)[12] et de «liaison» Sigmund Freud dans PUF(2004)[13] pour aider les individus. C'est en rétablissant du sens dans le groupe, en rétablissant le groupe dans du sens que l'on peut aider les

membres du groupe de commencer à sortir de leurs enveloppes pour retrouver des nouvelles appartenances.

Partie 2

Paradoxe entre approches psychosociales et le système sociopolitique et légal

L'irruption de la réalité

Théoriquement, il est imaginable, possible et nécessaire, pour des thérapeutes, d'aider une personne traumatisée par les violences subies et leur absurdité à retrouver un mode de vie plus ou moins satisfaisant. La littérature s'accorde aussi pour dire que pour traiter un traumatisme, les soins doivent être axés sur un travail spécifique alliant la reconnaissance des injustices et des souffrances subies à la mise en place d'un cadre sécurisant. Enfin, par sa nature, le traumatisme peut ressurgir dans toute sa puissance destructrice lorsque les individus sont confrontés de près ou de loin à un élément qui leur rappelle ce qu'ils ont subi. En réalité, avec les requérants d'asile et avec les «admis provisoires» vivant dans l'incertitude du lendemain de par leur statut administratif, ce travail est constamment réduit à néant par les autres sources de maltraitance que représentent la menace d'un retour au pays d'origine, ou la précarité, la marginalisation et la pauvreté administrative-ment organisées.

La problématique devient ainsi plus complexe qu'il n'y paraît. En effet, lorsque par exemple la «maladie» est l'une des seules raisons qui poussent les autorités à considérer le renvoi dans le pays d'origine comme provisoirement inapplicable, à quelle «cause» sommes-nous tenus de nous consacrer ? Dans de telles circonstances, soigner un patient revient à l'aider à accepter un destin inacceptable, défini par des instances légales. Notre rôle serait-il donc de préparer psychologiquement nos patients à un sort qui leur est impensable ? Les termes du paradoxe pourraient s'énoncer ainsi : soigner des individus qui ne peuvent se permettre de guérir ; car guérir serait s'exposer à un renvoi. C'est alors que la nature même de notre fonction ainsi que le cadre de notre action professionnelle nous plongent dans le même

paradoxe que celui dans lequel le patient se trouve «fatalement» Boris Cyrulnik(1999)[14].

Un système «pervers» ? André Green (2004)[15] et Robert Griffith (1987)[16].

Dans ce face-à-face avec des patients menacés de renvoi, il est difficile, voire impossible, de parler de futur, encore moins de retour, car parler veut dire penser, imaginer, concevoir, assimiler à son identité narrative ces éventualités vécues comme mortelles ou impossibles. Tant que la sécurité du séjour ou que les conditions d'une vie digne ne sont pas assurées, en réalité aucune plaie ne pourra se refermer. C'est ainsi qu'une situation administrative et légale se trouve «surmédicalisée», se transforme en «impasse thérapeutique» et présente ainsi des implications directes pour les soignants. Réciproquement, l'état de santé déjà précaire de ces requérants d'asile se voit «surdéterminé» par les éléments non cliniques qui vont au-delà des compétences professionnelles des thérapeutes, c'est à dire une réalité bureaucratique et administrative.

Sans parler de la «retraumatisation» nécessaire pour obtenir le statut privilégié de «patient».En effet, les victimes de la guerre sont mises dans l'obligation d'entamer une procédure de demande d'asile politique et en demeure de prouver des faits «plausibles» qui seraient à l'origine «directe» de leur exil et de leurs souffrances. La demande d'asile rejetée, ces personnes ne peuvent plus que devenir des patients condamnés à revendiquer et à s'identifier à une «pathologie» comme unique moyen de défense et de recours contre l'iniquité et le déni de justice, contre le détournement de leur droit à la reconnaissance et à la réparation. Elles représentent alors l'«incarnation» de la tragédie de leur peuple, de la folie meurtrière des hommes et des limites de la solidarité et de la justice humaines. Une incarnation mortifère puisqu'elle ne se déploie dans aucun espace, hormis dans le corps même ; ni dans aucune parole, hormis dans la plainte infinie et répétitive si «troublante» Celis-Gennart, M.(1999)[17] et comminatoire pour le soignant.

Ruptures et reconstruction de lieux, de liens et de sens :

La rupture du sens commence avec les événements hors du commun dont ces demandeurs d'asile ont été victimes. Elle se poursuit avec l'«inhumanité» et la «dés empathie» avec laquelle leur sort est traité . Que devient alors la continuité psychique si déterminante pour le travail de guérison, en ce qu'elle permet, et se fonde sur, une continuité de l'identité narrative, une «continuité du sens» et de nouvelles créations après les pertes? L'identité narrative du patient le définit à ses propres yeux comme une victime de la violence et de l'indifférence de l'autre. Il ne se considère dès lors pas a priori comme un «malade» relevant de soins, encore moins en santé mentale. Toute démarche de soin non accompagnée d'une démarche de réparation est vouée à l'échec ou au détournement

Pour le patient:

- *soin équivaut d'abord à sécurité, reconnaissance et, ensuite, à réparation.*
- *la souffrance vient du «désordre» et du chaos. Elle appelle la remise en ordre, le retour à l'ordre de la loi humaine.*

Pour le thérapeute:

- *il y a d'abord les limites techniques et institutionnelles.*
- *il y a les limites conceptuelles, nosographiques et théoriques.*
 - *la souffrance renvoyant à une maladie, une entité morbide, un diagnostic se rapportant à un système de soins adéquats, sous une forme ayant prouvé sa «scientificité» et son «efficacité». Or, «ces modèles sont peu conformes à une reconnaissance [ou] à une prise en compte du réel et restent difficilement recevables en cas de trauma réel et collectif.» Mathier, I.(2006)[18]*
- *et, par conséquent, une «territorialisation» De Jonckerheere, C. et D. Bercher (2003)[19] et une institutionnalisation nécessaires, protectrices, voire obligatoires et, de ce fait, contraignantes, chosifiantes. En quoi cela est-il paradoxal ? Parce qu'il est*

difficile de ne pas laisser la réalité externe faire irruption dans le dispositif.

Voilà le paradoxe où nous nous trouvons jetés ensemble, soignants et patients, voire d'autres acteurs de ce drame plus ou moins tragiquement pris dans une terrible confusion des langages ... à notre corps défendant. Pour le soignant, le but est de «revivre» en s'exprimant dans un espace identitaire relevant de sa formation professionnelle ; pour le patient, le but est de «survivre» en cherchant à s'accrocher à un espace d'appartenance identitaire. N'y a-t-il pas à penser dès lors un «territoire commun»? Ni soignants, ni soignés, ni prestataires, ni destinataires de «services», mais partenaires d'un espace commun ayant sa propre raison d'être, sa propre logique ; une nouvelle aire où se déploie un «fait social total»: l'agir envers l'autre, dans la réciprocité et dans le partage d'un sens commun.

Partie 3

Une expérience sociale et thérapeutique dans un espace culturellement familier : «L'Espace-Mozaiik»

Nous présentons ici un dispositif groupal mis en place dans un espace dit «social», hors les murs de la consultation psychothérapeutique proprement dite.

Nous avons mis en place un dispositif psychothérapeutique basé sur un «groupe de pairs» situé en dehors des locaux de la consultation psychothérapeutique proprement dits (sans que cela soit une nécessité), dont sont issus la plupart des participants. L'objectif de ces groupes thérapeutiques, se déroulant dans un espace dévolu à d'autres activités ludiques, de socialisation, qualifiantes ou occupationnelles, étant de favoriser les sentiments de sécurité, d'attachement au lieu, aux participants et aux intervenants professionnels ainsi que de permettre la construction d'une nouvelle identité sociale et l'acquisition de compétences sociales dans l'environnement nouveau et contraignant que constitue le milieu d'accueil après l'expérience du déracinement, de l'exclusion et de la précarité.

Le processus psychothérapeutique se fonde ainsi sur les préoccupations

«réelles» des participants et est réalisé à travers l'abord dialectique de l'interaction entre d'une part l'économie psychique individuelle et les communautés d'origine et, d'autre part, les données sociales, politiques et culturelles, passées et actuelles auxquelles se réfèrent spontanément les participants.

La majorité des migrants participant à l'expérience «Espace-Hommes» proviennent de la consultation clinique de l'association Appartenances, dont le travail thérapeutique à proprement parler reste encore souhaité et souhaitable pour beaucoup d'entre eux et se trouve ainsi complété. L'«Espace-Hommes» apparaît donc comme une continuation naturelle du travail thérapeutique dans lequel se «naturalisent», s'appuient et s'actualisent les acquis, où s'effectuent les premières tentatives d'autonomisation, les premières expériences d'un quotidien dégagé des pesanteurs du passé et des contingences de la dépendance et de la passivité forcées. Les patients y trouvent et y recréent un cadre qui leur est familier et qui devient ainsi un de leurs «objets précieux» à respecter, protéger et investir. Il est un cadre externe doué d'une homologie avec des cadres internes. En particulier, ce cadre symbolise un «nous» qui avait fait précisément l'objet de toutes les attaques et persécutions Françoise Sironi (1999)[20].

Le Diwan : théorie et action dans un dispositif thérapeutique de groupe avec des victimes de violences politiques

Le contexte des migrations forcées, en particulier à la suite d'événements de guerre ou de persécutions, exige de nouvelles stratégies et dispositifs d'interventions psychothérapeutiques. L'intervention doit prendre en compte l'articulation entre différents mondes : des mondes lointains et des mondes proches, des mondes visibles et des mondes invisibles, des mondes d'hier et des mondes d'aujourd'hui, des mondes concrets, externes et des mondes psychiques, internes et immatériels.

En fait, l'action envers les migrants victimes de violences de masse émerge d'une même et unique conceptualisation de leurs besoins,

à savoir :

- *surmorbidity psychiatrique*
- *rupture de la continuité de l'identité*
- *violations de leurs droits*
- *précarité et exclusion sociale.*
- *Or, cette même conceptualisation donne paradoxalement lieu à des modes d'actions très divergents et exclusifs :*
- *l'action fondée sur le concept de trauma individuel adoptera une modalité clinique psychiatrique*
- *l'action fondée sur l'impact collectif adoptera une stratégie de mobilisation des ressources du groupe. Car «les conflits modernes ne visent pas seulement les personnes mais leur mode de vie, les activités sociales, économiques et culturelles qui les relient à une histoire, à une identité, à des traditions, à des valeurs» D. Summerfield (2000)[21].*

Une telle divergence appauvrit à notre avis le lien entre ces manières de penser l'impact de la violence massive sur les individus et les groupes et les actions mises en place envers eux; elle ne permet pas d'enrichir le terrain de l'aide envers les victimes. Toutes les dimensions précédemment citées sont pourtant à considérer comme des dimensions de la souffrance humaine. Par conséquent, il s'agit de construire un cadre conceptuel et un cadre d'action commune à partir, par exemple, de l'impact des événements collectifs sur les groupes humains et sur les relations entre les individus qui les composent.

Le lien social, le soutien du groupe commencent à être reconnus comme une dimension particulière de l'expérience humaine. Mais, jusqu'à présent, il manque un intérêt pour les besoins culturels, sociaux et socioaffectifs plus larges justifiant la prise en compte d'une écologie sociale en tant que soubassement du bien-être psychosocial. Encore aujourd'hui, la construction culturelle de l'expérience et celle des soins n'est pas reconnue comme un droit, ni dans l'esprit des prestataires ni dans celui des bénéficiaires.

Or, les événements collectifs extrêmes tendent à détruire l'écologie sociale d'une communauté : relations avec la famille, les pairs, les institu-

tions religieuses et culturelles, les liens avec les autorités politiques et civiles. Ils s'attaquent de la même manière aux «objets culturels» Sroni, F. (2001) [22]. De cette manière, le bien-être psychosocial des individus et des communautés dont ils sont issus est considéré comme dépendant de la capacité à mobiliser des ressources provenant des trois domaines centraux suivants : les capacités humaines, l'écologie sociale et, enfin, la culture et les valeurs.

Chacun de ces trois domaines a fait l'objet d'attaques et de destructions. Chacun de ces trois domaines constitue donc un pôle de ressources à mobiliser. C'est dans cette conception que s'inscrit l'action effectuée au Diwan. Le Diwan est la reproduction des espaces de discussion et de décision collectifs que l'on trouve dans plusieurs sociétés. Le mot persan Diwan, signifie l'endroit où on fait la poésie et la politique. Ce mot, passé dans la langue arabe et même française (le divan), représente la soirée partagée ou le moment dans lequel on convoque la communauté ou la famille pour partager et discuter des affaires collectives et individuelles. Réaffiliation sociale et reconstruction psychique

La création d'une nouvelle communauté, transitionnelle, «créée-trouvée», apparaît comme une nécessité car elle va constituer un environnement, une matrice de transition entre le passé chargé de deuils et de douleurs et un avenir matériellement incertain et psychologiquement irréprésentable, entre les groupes humains reconstitués en terre d'exil et la société d'accueil, entre le connu et l'inconnu. Cette communauté transitionnelle rend possible l'illusion par la sécurité et l'omnipotence, par son échelle et son mode de fonctionnement, nécessaires à l'individu en phase de réhabilitation et de croissance. Adhérer et s'affilier à une telle communauté, s'intégrer dans une telle matrice a donc pour fonction d'assurer la dimension subjective, intersubjective et sociale de la transitionnalité et, par là, de réassurer l'individu par l'identification à des semblables, de réparer son narcissisme par la possibilité de représenter activement ses parties saines en les externalisant sur autrui pour mieux se les réapproprier dans un second temps, ainsi que par

l'affirmation d'un idéal. Cet idéal se trouve précisément identifié à cette communauté, son infrastructure, ses règles et ses objectifs, ainsi qu'à un ou plusieurs des individus qui la composent.

Dans sa dynamique et dans ses aspects concrets, cet espace transitionnel représente le versant opératoire d'un processus de croissance et de reconstruction psychosociale. Cette reconstruction présente une dimension temporelle qui donne corps à un récit. Les morceaux éclatés du psychisme, à la suite des ruptures, pertes et traumatismes d'une part, l'étrangeté et l'altérité d'autre part, cèdent la place, par intégration et création de sens, à des productions vitales nouvelles. Ces productions individuelles et collectives, mises en forme et mises en scène à l'occasion des échanges et des événements vécus dans cette communauté transitionnelle, dont c'est précisément la raison d'être, sont susceptibles de donner lieu et de prendre la forme d'un récit Willemin, J. (2008)[23], imaginaire ou réel, au sens propre ou au sens figuré. Un tel récit est constitué, d'une part d'un fonds commun d'expériences anciennes et nouvelles et, d'autre part, d'élaborations individuelles.

Conceptions et action thérapeutiques dans un dispositif «hors murs»
Le Diwan est la reproduction des espaces de discussion et de décisions collectives que l'on trouve dans plusieurs sociétés comme l'arbre à palabre en Afrique, Norberto Tavares de Carvalho (2002)[24].

Les cliniciens, les patients, les autres intervenants et les interprètes communautaires tentent de retrouver et de reformuler les problèmes psychosociaux en particulier sous la forme de dialogues «socratiques» Michel, L. (1995) [25], les rites, les mythes, les contes qui se transmettent, se transforment de génération en génération et façonnent le psychisme des individus. Ils font des propositions pendant la séance, ils créent des liens entre les différentes propositions. Le groupe métissé et multiculturel matérialise l'altérité, la conflictualité et la solidarité. Or, suivant L. Michel, L. (1995)[26], «...lorsqu'on parle de facteur thérapeutique dans le groupe, il est difficile de faire l'économie des facteurs de socialisation. Certains

vont même en faire l'outil principal des traitements en groupe. On tend alors à adopter une position de plus en plus interactionniste qui va se refléter dans la technique.»

Dans le contexte de la psychothérapie, le Diwan a été pensé, de manière explicite, comme un complément ou une alternative à la psychothérapie individuelle. Dans ce sens, il s'adresse prioritairement aux patients de la clinique de l'Association Appartenances et aux patients qui viennent d'autres institutions d'aide ou de soins. Ces patients sont principalement des requérants d'asile, des personnes qui ont vécu la guerre, la violence politique et qui ont subi des traumatismes. Le Diwan étant un groupe «ouvert», il peut aussi accueillir des personnes qui ne sont pas des patients de la consultation clinique, mais qui vivent la même situation psychosociale.

Le rôle du clinicien

Au Diwan, le clinicien ne joue pas un rôle du thérapeute classique : il s'agit d'un rôle attentif, subtil et créatif. Il cherche à comprendre ce qui se passe, particulièrement dans la dynamique du groupe. Il analyse ce qui se produit, comment les interactions se développent et quels sont les intérêts et les ressources des patients pour faire changer la réalité individuelle et collective. Dans cette optique, il fait émerger la conscience, il surveille l'évolution des symptômes et il propose des alternatives.

Le clinicien replace et recadre la discussion, il est le garant du processus socio affectif qui se déroule dans le groupe. Il approfondit les problématiques, il pose des questions et parfois oriente les débats. Il ne fait pas de thérapie individuelle, il traite des problèmes et des comportements collectifs. Son rôle est essentiel parce qu'il est le seul qui peut diriger, orienter ou conduire stratégiquement le Diwan. Il s'assigne explicitement ce rôle, mais sans se laisser assigner de place prééminente. Avec ses compétences théoriques et cliniques, le psychologue ou le psychiatre est le seul à connaître et rechercher un processus implicite et inconscient dans cette expérience ; il est attentif à son développement, il peut intervenir si un problème se présente. De cette manière, il légitime sa place dans le groupe.

Son rôle et son statut sont ainsi culturellement codés et signifiants ; ils se réfèrent à l'image d'un personnage d'autres cultures : le chaman, le vieux, le guérisseur, etc. En ce sens, le clinicien est une personne qui fait partie de la néocommunauté du groupe et qui a des liens avec les participants ; il prend une place symbolique ; il participe à, et partage, l'instant au même titre que les participants: il aide à créer du sens et des liens.

Au Diwan, le clinicien se situe dans une démarche herméneutique, c'est-à-dire rendre conscient ce qui est inconscient ; dans ce sens, l'élaboration psychologique permet le passage d'une langue obscure à une langue claire. L'interprétation psychologique n'est pas une traduction, mais c'est ce qui la rend possible.

Aussi, son rôle s'inscrit dans un processus dynamique, au fur et à mesure de l'évolution du groupe ; il s'appuie sur cette évolution pour aider à mettre en place une attitude cohérente tenant compte de la réalité sociale des participants. Il adopte «une position plus interactionniste, ... et se voit comme un catalyseur transparent et un modèle» Duyckaerts, F. (1999)[27]

Conclusion

A l'intérieur de l'Espace-Hommes, le Diwan s'est donc constitué comme un lieu transitionnel et sécurisant entre le passé et l'avenir, mais aussi entre la communauté d'origine du migrant et la société d'accueil. Il se veut un dispositif spécifique à visée thérapeutique et inscrit son action dans la conception que nous qualifions comme «la psychologie à trois personnes et la psychologie de l'altérité». Par ailleurs, les migrants définissent leur situation comme géopolitique ; c'est pourquoi la dynamique interpersonnelle du dispositif s'efforce de mobiliser des ressources individuelles et collectives pour les transformer précisément parce que tout événement collectif, toute représentation collective sont conçus comme ayant leurs pendants privés, leurs pendants psychiques individuels. C'est donc dans la prise de conscience, la prise en compte de cette «rencontre» (l'événement «réel» qui se produit lors des rencontres et son avatar psychique) que réside la

portée complémentariste, élaboratrice et transformatrice de cette démarche ; sans oublier une portée dramaturgique (la scène, les rituels, les mythes, les histoires collectives, les personnages, la trame).

De ce fait, le Diwan inscrit son action dans la continuité de la psychologie communautaire, de la psychiatrie sociale et de l'ethnopsychiatrie. L'ethnopsychiatrie ayant ceci de particulier qu'elle crée les dispositifs qui vont produire son action. Cette approche, conjuguée à ce que Sironi appelle la psychologie géopolitique clinique, nous a amené à créer ce dispositif. Dans ces conditions épistémologiques, le dispositif, le cadre, le rituel, les relations, les mots et leur traduction sont conçus comme des métaphores, comme un «dispositif de sourdine et d'analyse.» Bot, H. et C. Wadensjö (2004)[28]

Nous voulons aussi voir dans le dispositif mis en place un dispositif porteur de sens, créatif et thérapeutique en ce qu'il est constitué d'un système d'enveloppes: «une enveloppe narrative ; une enveloppe sémantique et une enveloppe transitionnelle.» Bot, H. et C. Wadensjö (2004)[28]

Une «naturalité» et une familiarité du dispositif qui rappellent et convoquent le passé, l'identité et le Soi intégrés d'avant, introduisant un temps historique, un temps social et un temps psychique –ce dernier mû par les régressions et les progressions que les interactions permettent.

Finalement, notre ambition était de montrer que la question du sens était à l'articulation de la clinique (clinique de la violence politique, des «nouveaux désordres sociaux» Sironi, F. (2001)[20]; clinique de la reconstruction du lien), du dispositif (les dispositifs duels pouvant favoriser les clivages de la victimisation) et du modèle théorique.

Cette étude préliminaire interpelle les professionnelles de l'accompagnement psychosocial et les spécialistes de la psychotraumatologie à multiplier des études comparables au sens du dispositif sus mentionné, des études transculturelles multacentriques et randomisées avec des arguments statistiques pour établir l'efficacité et la reproductivité de ce modèle. De telles études pourraient permettre à long terme de mettre en

évidence un nouveau paradigme applicable dans la prise en charge des migrants victimes ou/et survivants de traumatismes complexes dans leurs pays d'accueil.

Références

1. SIRONI, F. « *Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique* ». *Pratiques psychologiques*, No 4 (2003), p. 3-13.
2. De Jonckheere, C. & Bercher, D. (2003). *La question de l'altérité dans l'accueil psychosocial des migrants*. Genève : IES.
3. BAUBET, T et R. M. MORO. 2003. *Psychiatrie et migrations*. Paris, Masson, p. 44
4. ZAROWSKY, C et D. PEDERSEN. « *Rethinking Trauma in a Transnational World* »; *Transcultural Psychiatry*, 2000; 37; 291.
5. J.C. Métraux (2007). *Deuil collectifs et création sociale*. Paris ; SNEDIT, La Dispute.
6. De Clercq, M. & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
7. C. de Jonckheere et D. Bercher (2003). *La question de l'altérité dans l'accueil psychosocial des migrants*. Genève ; Editions IES
8. M. Célis-Gennart (1999). *La dimension provocante de la douleur du trouble somatoforme douloureux. Une approche phénoménologique de la douleur*. Vol. 119, No 4, pp. 273-280
9. N. de COULON et S. Von OVERBECK. « *Migration et crise : les mécanismes d'inversion* ». *L'évolution psychiatrique*, 1992, tome 57, Vol. 3, pp. 439-454
10. FURTOS, J.(2008) « *Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris, Masson.

11. SIRONI, F. *Communication au colloque « Après l'impensable. Lausanne, mars 2003*
12. F. Laplantine, (1973). *L'ethnopsychiatrie. Paris, Dunod*
13. Sigmund FREUD, *Abrégé de psychanalyse, PUF, collection bibliothèque de psychanalyse, 2004*
14. Boris Cyrulnik (1999), *Un merveilleux malheur, Edit. Odile Jacob, page 208*
15. André Green Green (2004), « *Le discours vivant : la conception psychanalytique de l'affect* ». Edét. *Presse universitaire de France, Coll. Quadrige.*
16. Robert Griffith, « *The politics of Fear : Joseph R. Mc. Carthy and Senate, University of massachusetts press, 1987.*
17. CELIS-GENNART, M. (1999). *La dimension provocante de la douleur du trouble somatoforme douloureux. Une approche phénoménologique de la douleur. Vol. 119, No 4, pp. 273-280*
18. MATHIER, I. 2006. *Entre mémoire collective et mémoire familiale. L'héritage d'un trauma collectif lié à la violence totalitaire ; Genève. Editions I.E.S.*
19. De JONCKHEERE, C: et D. BERCHER. *op. cité.*
20. SIRONI, F(2001). *Comment devient-on bourreau ? Les mécanismes de destruction de l'autre. Conférence prononcée au Collège de France le 31 Janvier 2001.*
21. D. SUMMERFIELD. « *Childhood, War, Refugeeedom and 'Trauma': Three Core Questions for Mental Health Professionals* ». *Transcultural Psychiatry, Vol 37(2000) ; 417-43.*
22. SIRONI, F. (2001). « *Comment devient -ton bourreau ? Le mécanisme de destruction de l'autre* ». *Conférence prononcée au Collège de*

France le 31 janvier 2001

23. Willemin, J. (2008). *Police et minorités ethniques : une approche écologique de la quête du délinquant. Genève : Univ. de Genève. Faculté des SES. Département de sociologie, Mémoire de licence en sociologie. Genève, 2008*
24. Norberto Tavares de Carvalho (2002). *L'arbre à palabre et la modernité: Quelles stratégies adopter pour l'insertion des systèmes traditionnels africains de résolution des conflits et de réconciliation dans les mécanismes nationaux et internationaux de médiation? : Mémoire de Master en Médiation. Institut Universitaire Kurt Bösch, Sion, Suisse.*
25. MICHEL, L. « *Quelques remarques sur les facteurs thérapeutiques en psychothérapie analytique de groupe* ». *Psychothérapies, No 2 (1995) ; pp. 89-95*
26. MICHEL, L. *op. cité, p. 90-95*
27. DUYCKAERTS, F. (1999). *Les fondements de la psychothérapie. Paris, Bruxelles ; De Boeck et Larcier*
28. BOT, H. et C. WADENSJÖ. (2004); « *The Presence of a Third Party: A Dialogical View on Interpreter-Assisted Treatment* », in J. P. WILSON et B. DROZDEK (eds.) *Broken Spirits: The treatment of asylum seekers and refugees with PTSD. Brunner Routledge Press: New York (p. 355-378).*

Auteurs

1. Dip.Psy. Psychologue, Psychothérapeute/ FSP - Appartenance, Lausanne/ Suisse

1. Psychiatre, Pédopsychiatre, Psychotraumatologue (CTS/ATSS) Institut de Psychotraumatologie et de Médiation (IPM-International) Neuchâtel/Suisse

Auteurs correspondants:

2. Psychiatre et Pédopsychiatre Professeur Agrégé, Centre de Prise en charge Psycho-socio-Judiciaire des victimes de violences (CPPSJ), Centre Hospitalier Universitaire de Lomé Tokoin, Université de Lomé -Togo. 02 BP 20763 Lomé-Togo.

3. Psychiatre (CES), Hôpital psychiatrique de Vienne à Lyon (France)

4. PhD en Psychologie, Neurosciences, Comportement et Cognition, Laboratoire du Stress Traumatique, Université de Toulouse, France Centre de Psychotraumatologie et de Médiation (CPM), Neuchâtel/Suisse