

LES LIEUX DE L'EXIL SUBJECTIVITÉS DANS L'ESPACE THÉRAPEUTIQUE

Laure Wolmark*

J'ai longtemps pensé que le contraire de l'exil était le lieu. Que celui qui ne se trouvait pas en exil « avait » un lieu, tandis que l'exilé, lui, était condamné à une forme de voyage sans fin, sans point d'arrivée. Ulysse n'était pas loin d'incarner mon fantasme, un Ulysse qui ne reviendrait jamais à Ithaque, figure d'un exil absolu et interminable.

Cette représentation rencontre une forme de démenti à l'épreuve d'une clinique située dans un contexte politique et social. Ce qui contraint les exilés à vivre hors de tout lieu accueillant et habitable tient bien plutôt à une construction politique de l'asile qu'à une condition intrinsèque ou essentielle de l'exilé. L'arrachement au pays d'origine, sous quelque forme qu'il advienne, constitue, tout d'abord, l'exil. L'impossibilité de trouver un lieu d'exil, c'est-à-dire d'asile, en est parfois le prolongement imposé.

Dans cet article, il s'agit d'aborder quelques déclinaisons du rapport des personnes exilées au lieu, en prenant appui sur le questionnement de patientes dans le cadre de psychothérapies

* Comede (Comité pour la santé des exilés), Hôpital de Bicêtre, 78 avenue du Général Leclerc – 94270 Le Kremlin-Bicêtre
Courriel : Laure.wolmark@comede.org

psychanalytiques menées au centre de santé du Comede¹. Si, bien sûr, la texture de la parole tient à une subjectivité irréductible à la généralisation, il m'a été donné d'entendre certains « lieux communs » aux exilé.e.s, qui marquent des étapes signifiantes dans le parcours d'exil pour un grand nombre d'entre elles et eux.

Certains lieux ne seront pas évoqués dans cet article, notamment les « camps » et campements du Nord de la France et de Paris, parce que je n'en ai pas, à travers mon exercice de thérapeute au Comede, une expérience clinique significative. Néanmoins, cette première traversée des déclinaisons psychiques du lieu fait apparaître le dessin des empreintes du politique sur le sujet exilé et les soignants. Je tenterai de montrer comment les transformations psychiques de ces déclinaisons, permises par la psychothérapie, conduisent à inverser ce rapport, en permettant d'imaginer une appropriation du politique par les subjectivités concernées par l'exil.

En effet, les étapes dans lesquelles le rapport du sujet exilé *au lieu* devient problématique ou énigmatique sont autant de points de rupture subjective qui peuvent être retraversés dans la relation psychothérapeutique, à condition qu'une autre subjectivité, celle du ou de la thérapeute, participe d'une certaine manière au voyage. Nous nous arrêterons donc sur ces points signifiants – points de bascule, d'effondrement, de transformation, d'inscription ou de non-inscription, tels qu'ils sont parlés dans l'espace de la psychothérapie.

Selon Michel Agier, « les exilés n'ont plus de lieu d'arrivée à partir duquel ils peuvent faire le récit de cet exil [...] il (l'exilé) n'a plus de lieu, si ce n'est le lieu du camp, de la mise à l'écart, du mouvement entravé. » (2011 : 22). Je tenterai de montrer que ce récit peut néanmoins advenir dans la rencontre clinique avec les exilés, à la condition de construire le cadre psychothérapeutique

¹ Le Comité pour la santé des exilés (Comede) a été créé en 1979 pour « agir en faveur de la santé des exilés et défendre leurs droits », selon ses statuts. Cette association gère plusieurs dispositifs dont un centre de santé hébergé par l'AP-HP dans l'hôpital de Bicêtre.

comme un *lieu où il est possible de vivre*, appuyé sur une institution comme *lieu de reconstruction psychique du lieu*.

Au point d'arrivée : un non-lieu ?

Parmi les lieux fréquemment évoqués au cours de la psychothérapie, le premier contact avec l'Europe est de nature à constituer le théâtre d'une scène inaugurale où se condensent les enjeux psychiques liés à l'exil. Ce point de fixation subjective de l'expérience de l'exil nous est donné à entendre dans ce que Perce, en 1978, lors de sa visite en compagnie de Robert Bober, ressaisit d'Ellis Island, lieu d'arrivée et de contrôle des émigrants aux États-Unis jusqu'en 1954 :

« Ellis Island est pour moi le lieu même de l'exil
c'est-à-dire
le lieu de l'absence de lieu, le non-lieu, le
nulle part.
[...]
ce qui pour moi se trouve ici
ce ne sont en rien des repères, des racines ou des
traces,
[...]
mais le contraire : quelque chose d'informe, à la
limite du dicible,
quelque chose que je peux nommer clôtüre, ou scission
ou coupure » (Perce, 1995 : 71)

L'Ellis Island de Perce, « clôtüre, ou scission ou coupure » (*id.*) ne décrit pas seulement un lieu de transit des immigrants touchant la terre américaine. Il semble en fait décrire un certain état du sujet dans son rapport au lieu, ce point de rencontre avec le « non-lieu, le nulle part » (*id.*), c'est-à-dire le point où, exactement, il s'exile. « Exil : lieu où séjourne la personne expulsée² », cette définition, si proche du « lieu de l'absence de lieu » ou du « non-lieu³ » rend

² Encyclopédia Universalis, « exil », disponible en ligne :
<https://www.universalis.fr/dictionnaire/exil/>

³ Le « non-lieu » ici évoqué se distingue de la définition qu'en donne Marc Augé, en ce sens qu'il n'est ni tout à fait interchangeable, ni seulement défini comme un espace de consommation et de communication. Refusé,

compte de cet état paradoxal du rapport du sujet au lieu, état dans lequel coexistent « quelque part » et « nulle part ».

On peut entendre un écho de cet état paradoxal dans les récits d'arrivée en France des personnes exilées. Une jeune femme décrit ainsi son premier contact avec la France :

Le passeur m'a dit qu'il allait acheter quelque chose, et je l'ai attendu. Je ne sais pas combien de temps je l'ai attendu. Après, il a fait nuit. Je ne savais pas où j'étais, je ne savais pas ce que je devais faire. J'ai marché, trainé, marché, trainé. J'ai rencontré un homme qui m'a dit que j'étais à Charles de Gaulle et que je devais aller à la gare du Nord. Je ne savais pas comment y aller, il m'a montré. Je suis arrivée à Gare du Nord et j'y suis restée une semaine, j'ai dormi là, je trouvais parfois quelqu'un qui me donnait quelque chose à manger. J'ai rencontré une compatriote qui m'a dit d'aller à France Terre d'Asile⁴.

Dans ce premier récit, les états affectifs du sujet ne sont pas évoqués. Ils sont comme rejetés à la fois hors de la scène et hors du sujet. Face à ce récit désaffecté, je demande donc à cette patiente s'il lui est possible de me dire comment elle s'est sentie dans ce temps contenu entre le départ du passeur et la prise en charge par France Terre d'Asile. Cette patiente me répond simplement que dans les premiers temps de son séjour en France elle ne comprenait rien, ne savait rien, n'était plus elle-même.

Les états affectifs liés à l'arrivée en France, difficiles à nommer, sont définis par le flou, le brouillage, « quelque chose de

interdit, « informe » pour le débouté de la demande d'asile, il n'en fait pas moins l'objet de projections. En revanche, je suis d'accord avec lui pour constater que « Le couple lieu/non-lieu est un instrument de mesure du degré de socialité et de symbolisation d'un espace donné ». Voir Augé (2010 : 21).

⁴ Le discours des patients est reconstitué à partir de notes et de souvenirs de consultation. J'ai choisi de maintenir la première personne du singulier pour certains fragments de récit reconstruits parce qu'elle correspond aux formes d'énonciation utilisée en psychothérapie. Certains éléments non significatifs ont été modifiés ou omis pour garantir l'anonymat des patients. Les dates des entretiens ne sont pas explicitées car cela va à l'encontre de l'anonymisation requise dans les écrits de psychologie clinique ou de psychanalyse.

l'informe » (Perec, *id.*). Le premier contact avec la France est dans ce cas absence de contact avec le lieu, qui produit dans le même temps un exil de soi – le sujet semble absent affectivement de son récit. En psychopathologie ces phénomènes peuvent relever de la « déréalisation » et de la « dépersonnalisation » (Guelfi *et alii*, 1987 : 208-210). Nous en trouvons une analyse dans une lettre que Freud a écrit à Romain Rolland au sujet « d'un trouble du souvenir sur l'Acropole » : « Ces étranchements⁵ sont des phénomènes très remarquables, encore peu compris. Très fréquents dans certaines affections psychiques, ils ne sont pourtant pas inconnus de l'homme normal lui-même, ils sont un peu comme les hallucinations occasionnelles des êtres sains. [...]. On les observe sous deux formes : nous apparaît comme étranger ou bien un morceau de réalité, ou bien un morceau du moi propre. Dans ce dernier cas, on parle de "dépersonnalisation" : étranchements et dépersonnalisations sont intimement apparentés. [...] » (1995 : 335).

Plus loin, Freud ajoute : « De la dépersonnalisation la voie mène à la « *Double Conscience* », hautement remarquable, qu'il est plus juste de dénommer clivage de la personnalité » (*id.*).

« Le trouble du souvenir sur l'Acropole » que Freud analyse dans un texte écrit en 1936, mais qu'il a vécu en 1904, constitue l'expérience qui lui permet de décrire ces phénomènes « d'étranchement ». L'expérience paradoxale dont il cherche à rendre compte consiste en la coexistence, en lui, d'un sentiment d'incrédulité – « je pensais qu'il ne me serait jamais donné de voir l'Acropole, c'est impossible que je la vois » – et la vision du monument qui se trouve devant ses yeux *pour la première fois*.

Ce texte nous intéresse ici à plusieurs égards. Tout d'abord, la communauté entre l'expérience freudienne du vacillement subjectif et l'expérience de l'exil nous indique l'existence d'un risque psychique « d'étranchement » et/ou de dépersonnalisation dans le

⁵ Le terme allemand est « *Entfremdung* » que l'on traduit aussi par aliénation, qui est ici traduit par « étranchement » et correspond à la « déréalisation ».

rapport du sujet au lieu. Ce risque existe en ce point précis où le sujet est saisi pour la première fois par un lieu. Si ce risque rappelle les syndromes des voyageurs décrits dans la littérature psychiatrique (Airault, 2000), cette rencontre impossible du lieu dans l'exil ne saurait si réduire.

En effet, comme le souligne Freud, la dépersonnalisation est susceptible de se transformer en clivage de la personnalité, à la manière du psychotraumatisme. Les mécanismes de défense face à la violence – la fragmentation décrite par Ferenczi, notamment (Ferenczi, 2006) – peuvent modifier profondément le fonctionnement psychique d'un sujet et sa personnalité. Freud énonce la difficulté à établir un lien entre les « étrangements » et l'histoire du sujet : « Leur dépendance à l'égard du passé, du trésor de souvenirs du moi et de pénibles expériences vécues antérieures [...] ne leur est pas concédé sans objection » (*op. cit.* : 337). Cependant, ce lien est susceptible d'être éclairé pour rendre cette expérience d'étrangement moins énigmatique.

Pour un certain nombre de patientes reçues au Comede, ce moment inaugural d'exil de soi est relu, au cours de la psychothérapie, comme la continuation paroxystique ou la décompensation du clivage produit par les violences subies dans le pays d'origine. Tout se passe comme si le sujet avait assuré sa propre intégrité psychique lors du voyage jusqu'au point d'arrivée, lieu où sa survie corporelle semble garantie. Cette dernière étant assurée, il s'autorise à s'effondrer en s'exilant de lui-même.

Cependant, une autre hypothèse peut aussi être ici formulée : si certains patients identifient le point d'arrivée en terre d'exil comme point de départ d'un exil de soi, c'est dans la mesure où cette scène d'abandon et d'errance figure, voire fixe psychiquement, le rapport du lieu inhospitalier au sujet, dont l'expérience se poursuit bien après le moment inaugural de l'arrivée en terre d'exil.

Un des enjeux de la psychothérapie tient à la mise en récit de ces expériences de bascule entre le pays d'origine et la France. Elle nécessite un positionnement du thérapeute qui puisse écouter sans être fasciné. Cette mise en récit peut, dans certains cas, permettre au

patient de se réapproprier l'expérience du passage, d'en devenir le héros, celui qui a survécu aux épreuves et en sort transformé et grandi. Cette dimension épique du récit dans la psychothérapie s'affirme lorsque le récit est accompagné pour le patient d'un plaisir à être écouté et entendu, et à continuer son histoire lors de la consultation suivante. Il n'est pas rare que les patients disent alors vouloir « écrire leur vie ».

« Ici », le lieu inhabitable

Ici, il fait froid, et je dois toujours marcher. Piétiner jusqu'à la gare, piétiner pour faire les courses. L'hôtel est loin de tout. Les rues sont vides et très larges. Chez moi, les rues sont petites, elles tournent, on ne piétine pas. On rencontre des gens, on cause. Ici, les rues sont trop longues, quand je marche j'ai envie de me couper la tête pour arrêter de penser.

La femme, Mme M., qui me parle de son quotidien comme une marche interminable dans le froid et le vide a été déboutée de sa demande d'asile. Elle vit avec deux enfants, un adolescent de 15 ans et une fille de 8 ans, dans une chambre d'hôtel où elle n'a pas la possibilité de cuisiner. L'hôtel est situé très loin des transports en commun, qu'il faut utiliser pour faire les courses et accompagner la plus jeune à l'école. L'école refuse d'inscrire l'enfant à la cantine, car celle-ci est réservée aux enfants dont les parents travaillent. Le père des enfants est en prison, ou peut-être mort, dans le pays d'origine de cette famille. Mme M. a été violée et torturée, en représailles des activités politiques de son conjoint. Elle s'est exilée à la suite de ces violences. Chez elle, « jusqu'aux problèmes », dit-elle, elle « vivait bien » et bénéficiait d'une situation sociale enviable. Depuis que sa demande d'asile a été rejetée, elle a été hébergée dans plusieurs hôtels, et a dû déménager plusieurs fois en moins d'un an dans des départements différents de la région parisienne.

Depuis la fin de la procédure, elle ne pense qu'à se « couper la tête » pour arrêter de penser. Elle s'inquiète en même temps de ne pas pouvoir penser, d'oublier des choses évidentes, d'avoir l'impression de devenir complètement « idiote ».

« Je ne suis pas moi-même » et « je ne me supporte plus » scandent les séances de psychothérapie, lorsqu'elles ne sont pas saturées de questions. La France lui est un lieu inhabitable, irréductiblement étranger, incompréhensible. Pourquoi avoir des bus, s'ils ne passent que toutes les heures ? Comment survivre dans le froid de l'hiver qui « gèle le cerveau » ? Pourquoi les rues sont-elles toujours vides ? Pourquoi avoir des assistantes sociales – métier dont elle n'avait jamais entendu parler jusqu'à son arrivée en France –, si elles n'ont aucune solution à proposer ? Mme M. attend de moi des réponses à toutes ces questions, que j'entends comme des variantes d'une question lancinante, qui résume la contradiction dans laquelle le rejet de sa demande d'asile l'a jetée : « Comment exister dans un lieu dans lequel je ne peux pas exister ? ». Cette question condense le paradoxe énoncé par Pascale Baligand lorsqu'elle analyse les liens entre trauma, précarité de l'hébergement et situation d'errance des demandeurs d'asile : « [...] Les demandeurs d'asile se trouvent devant la nécessité contradictoire de reconstruire une subjectivité sans la garantie d'un espace pour le faire. Dès lors, l'espace urbain supposé les accueillir est marqué par un morcellement qui reproduit en partie celui expérimenté avant la migration. » (Baligand, 2015 : 61).

En thérapie, Mme M. décrit aussi des moments de grande confusion, pendant lesquels elle ne comprend absolument plus où elle se trouve. Ils n'arrivent qu'en l'absence de ses enfants mais elle craint que ces moments « d'étrangements » ne viennent contaminer tout son quotidien, et la rende incapable de s'occuper d'eux. De mon côté, une forme de désespoir thérapeutique s'installe, parfois remplacé par des fantasmes d'hébergement de la patiente. Et si je lui proposais d'emménager chez moi, avec ses enfants ? Et si je demandais à tel ami, qui a une pièce inoccupée, de la faire ?

J'avais reçu cette patiente pour la première fois alors qu'elle était hébergée dans un Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). Nous avons commencé à évoquer les violences qu'elle avait subies au pays. Depuis la perte de cet hébergement, et le rejet de sa demande d'asile, les séances n'ont plus été consacrées pendant

plusieurs mois qu'à la description de cet insupportable quotidien dans ce pays impossible, associé aussi à sa « crainte de l'effondrement » psychique (Winnicott, 2000). Ces séances ont aussi provoqué de mon côté des mouvements de colère et d'incrédulité à l'égard de la France et des institutions, qui nous abandonnent, cette patiente et moi-même, au milieu d'interminables routes gelées, condamnées à l'impuissance et à l'errance. Je ne suis visiblement pas la seule à être prise à certains moments par un « partage de l'exil », sur le modèle du *Partage du traumatisme* décrit par Christian Lachal (2006). Mme M. m'a en effet un jour avoué qu'elle n'osait plus parler de ses problèmes à son médecin, qui lui semblait fragile et très affectée par sa situation.

Mme M., malgré ses difficultés de déplacements et de garde des enfants, ne rate aucune séance de psychothérapie. Qu'y trouve-t-elle que je n'arrive pas à penser ?

L'exil, pour Fethi Benslama, devient pour le sujet en souffrance un « questionnement du lieu », et même une « obsession du lieu » (Benslama, 1991 : 54). Dans l'espace de la psychothérapie, le questionnement de Mme M. trouve tout d'abord un lieu d'adresse, puisque sa parole a des effets sur moi. Ma colère et mon questionnement politique lui donnent une légitimité. Il nous arrive aussi de rire de cette situation où elle me jette à la figure des questions auxquelles je ne peux pas répondre, comme si un jeu s'était instauré entre nous. Je lui retourne fréquemment les questions qu'elle me pose, lui demandant comment ce serait chez elle, ou si elle-même connaît les réponses, car moi je les ignore. L'aveu de mon ignorance crée une forme de « proximité » dans le soin⁶, qui permet que nous traversions ces espaces inhospitaliers ensemble, en les habitant par la parole et le jeu du questionnement.

Mme M. a peu à peu réinvesti l'assistante sociale qui l'a aidée dans ses démarches pour obtenir un titre de séjour lié à la scolarisation de ses enfants. Elle a créé, dans son hôtel invivable,

⁶ Au sens de la « proximité » des principes de Salmon, décrite par Davoine et Gaudillière dans *Histoire et trauma* (Davoine & Gaudillière, 2006).

des liens d'amitié forts avec l'une de ses voisines. À la fin de sa thérapie, elle ne parlait plus de se « couper la tête », mais était révoltée par ses conditions de vie, par le rejet de sa demande d'asile, par la « condition des femmes dans le monde ». Elle a finalement obtenu un titre de séjour, travaille et ne ressent plus le besoin de venir me poser des questions en consultation.

D'une certaine manière, nous avons lutté ensemble contre le clivage psychique et les fantasmes de morcellement qui la menaçait – puisqu'elle venait me demander de l'empêcher de se « couper la tête ». Ma capacité à imaginer un lieu possible pour elle dans des fantasmes « d'hébergement » a probablement contribué à lui proposer un « abri psychique », permettant le rétablissement d'une forme d'unité du Moi. L'instauration d'un jeu entre nous, à l'intérieur de la relation transférentielle a recréé la possibilité de vivre dans un lieu, ce lieu que le psychanalyste Donald W. Winnicott définit comme « troisième ».

Il ne suffit pas de dire : Que faisons-nous ? Il faut aussi poser la question : Où sommes-nous ? (si nous sommes vraiment quelque part). Nous avons utilisé les concepts du dedans et du dehors et nous en cherchons un troisième. [...]. Pourrions-nous y voir plus clair en évoquant l'expérience possible d'un lieu auquel les termes du dedans et du dehors ne s'appliqueraient pas exactement ? [...]. En opposition à ces deux réalités, l'aire mise à notre disposition pour le troisième mode de vie, l'aire où se situe l'expérience culturelle ou le jeu créatif, me paraît extrêmement variable selon les individus. La raison en est que cette troisième aire est un *produit des expériences de la personne individuelle* (bébé, enfant, adolescent, adulte) dans l'environnement qui prévaut. (Winnicott, 1975 : 197).

Pour Winnicott, « vivre » signifie en fait vivre dans cette troisième aire : le lieu qui n'est ni dedans ni dehors, mais à l'intersection du dedans et du dehors. Pour le psychanalyste, ce lieu est susceptible d'être endommagé et reconstruit car il est le « *produit des expériences de la personne individuelle* dans l'environnement ». Par ailleurs, pour lui, se demander : « *La vie même, en quoi consiste-t-elle ?* » ne peut pas être séparé d'une réflexion sur ce

qu'est la « culture », c'est-à-dire « quelque chose qui est le lot commun de l'humanité auquel des individus et des groupes peuvent contribuer et d'où chacun de nous pourra tirer quelque chose, *si nous avons un lieu où mettre ce que nous trouvons.* » (*ibid.* : 184).

Ainsi, nous sommes sur la piste de ce qui est attaqué, sur le plan psychique, par les situations de précarité sociale et administrative que vivent les exilés : la possibilité d'une vie psychique en lien « avec le lot commun de l'humanité » (*id.*). D'une certaine manière, subjectivement, le fait de ne pas avoir de logement et de titre de séjour dans le pays « d'accueil » est pris pour ce qu'il est : une tentative de destruction intime de la personne, en la rendant impuissante à créer, à jouer, à rêver dans un espace partagé.

De l'espace thérapeutique comme lieu, de l'institution comme lieu de reconstruction des lieux

Les psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes exerçant dans des lieux de soins qui accueillent des personnes exilées précaires sur le plan social et administratif, font l'expérience d'un vacillement de leurs repères cliniques. Un grand nombre de ces thérapeutes insistent sur le fait que leurs formations leur semblent insuffisantes pour entendre la souffrance psychique des exilés, construire un cadre thérapeutique adapté, et proposer, en lien avec ce que leurs patients disent, des actes paroles (constructions, interprétations, relance) dont ils peuvent mesurer l'efficacité. Ce constat, simple, mais répétitif, s'accompagne d'un sentiment d'impuissance, voire de désespérance.

Ce sentiment d'inutilité des soins psychiques est en lien avec l'impossibilité pour les thérapeutes d'agir sur les causes exogènes actuelles des troubles et de la souffrance psychique des patient.e.s. L'absence d'hébergement et de droit au séjour est très fréquemment pointée comme éléments adverses à l'amélioration de l'état psychique, hors de portée de l'action psychothérapeutique. Cette préoccupation légitime, qui traverse mon quotidien de psychothérapeute au Comede, ainsi que celle des collègues qui sont amenés à rencontrer des exilés précarisés, est par ailleurs

contrebalancée par la demande insistante de soins psychiques venant de ces personnes qui vivent sans lieu fixe et/ou habitable, ou pour qui la légitimité de séjourner en France est déniée.

Il ne s'agit pas pour nous d'aider les patients à s'adapter aux conditions inacceptables de vie *ici*, ou de les accepter. Il s'agit de leur permettre de vivre cet exil, en le rendant racontable, accessible à un échange de parole vrai, dans un espace réel – en l'occurrence matérialisé par un bureau de consultation. Pour cela, il doit exister un lieu dans lequel il est possible de se reconstruire psychiquement parce qu'un autre en garantit la sécurité et en atteste l'existence. Le cadre de la psychothérapie ne remplace pas la vie dans un lieu habitable ou accueillant, mais il fait exister une raison d'espérer⁷ puisqu'on n'y est pas absolument seul. Ce cadre est matérialisé par l'endroit où le patient est reçu (le bureau, le centre de santé), les horaires, la régularité des rendez-vous, la personne du ou de la thérapeute. Ce cadre « matérialisé dans ce qu'on appelle le lieu des séances » (Fédida, 1995 : 286) est la condition de l'accueil d'éléments psychiques non matérialisables : ce qui s'y dit, s'y joue, s'y ressent, s'y projette, s'y transfère, etc. En ce sens, il construit un *lieu*, qui n'est ni dedans ni dehors, ou dedans et dehors en même temps.

Le point où le sujet est saisi par l'exil, ne se situe pas toujours à la première rencontre avec le pays « d'accueil ». Il peut être constitué par un geste de discrimination, un déni de reconnaissance de la parole du sujet, une agression de trop, à l'endroit où l'on se sentait enfin en sécurité. Pour Mme M., l'absence de reconnaissance du statut de réfugiée, en la rendant à ses propres yeux « idiote », a effacé le point à partir duquel elle aurait pu à la fois faire le récit rétrospectif de son exil vers la France et se projeter dans son exil en France. Tant qu'elle attendait la réponse à sa demande d'asile, son récit n'avait pas encore été invalidé par l'instance

⁷ Là encore la relecture – traduction des principes de Salmon par Gaudillière et Davoine est très éclairante. Voir notamment le chapitre « Expectancy » (Davoine & Gaudillière, *op.cit.* : 326 et sq.).

administrativo-juridique à laquelle il avait été adressé. Le refus de cette demande lui a rendu, pour un temps, l'accès au passé et au futur impossible. La thérapie s'est alors construite comme ce lieu aux entrées multiples – point de départ, d'arrivée, d'inscription du récit, qui conservait la trace de ce qui s'était dit des violences, du passé et du désir pour l'avenir.

D'une certaine manière, ce sont les thérapeutes eux-mêmes qui, dans un premier temps, en acceptant le risque d'une relation transférentielle – et contre-transférentielle forte, comme l'indiquent dans le cas de Mme M. mes propres fantasmes d'hébergement – sont amenés à incarner le lieu à partir duquel le récit ou le questionnement de l'exil peuvent avoir lieu. Dans un second temps, c'est l'espace de la thérapie qui deviendra ce lieu, « espace potentiel » (Winnicott, 1975) où l'on vit, c'est-à-dire où l'on joue. Ceci n'est possible qu'à condition que l'institution de soin qui héberge les thérapeutes joue elle aussi le jeu, en acceptant d'être un lieu pour les reconstructions psychiques du lieu. L'institution est en effet traversée elle aussi par ces mouvements transférentiels qui lui demandent de faire lieu, là où l'inscription symbolique vient à manquer. Je renvoie à ce sujet au livre collectif *Mères et bébés sans-papiers* (Davoudian *et alii*, 2012), qui témoigne par la voix de nombreux soignants, de l'importance d'une pensée de l'institution comme lieu d'accueil réel et symbolique⁸, subvertissant les logiques administratives et sociales.

Les soignants courent le risque d'incarner les lieux de l'exil - lieux d'inscription, d'hébergement, d'abri, de séjour, si l'institution ne remplit pas cette fonction de « lieu de reconstruction du lieu ». Les thérapeutes, les médecins, les infirmiers peuvent alors faire corps avec le lieu, « prendre sur eux » le besoin d'inscription psychique des exilés. En écoutant, soignant, attestant, ils portent en effet en eux des traces de l'histoire des patients, et en sont transformés.

⁸ Voir notamment le « Plaidoyer pour une PMI maison » (Davoudian, 2012) et « Prendre le risque de la rencontre et de l'accueil » (Villain, 2012).

Il ne s'agit pas de faire abstraction des positions de chacun. Soignant.e.s et exilé.e.s occupent, dans la relation de soin, des positions asymétriques, voire opposées. Soigner des personnes exilées, même avec engagement et conviction, n'est pas « habiter l'exil » (Galitzine-Loumpet, 2016). L'identification de la personne du soignant au lieu, si elle demeure impensée, est porteuse de dangers. La dépendance des patients ne saurait qu'être exacerbée par la personnification de l'asile par les soignants, même malgré eux. Comme j'ai tenté de le montrer par ailleurs, les soignants en adoptant des postures héroïques dans la relation de soin, prennent d'autre part le risque pour eux-mêmes d'une dépossession psychique et professionnelle (Wolmark, 2017). Le plaidoyer et l'engagement pour le droit des étrangers des institutions associatives et publiques peuvent participer à dégager les soignants de positions de toute-puissance, en déplaçant sur le politique la question de l'inscription réelle et symbolique. Une réflexion sur la manière dont l'institution favorise l'existence de « lieux tiers » pour les soignants, doit, elle aussi, être menée. Dedans et dehors à la fois, ces espaces de pensée et de parole doivent permettre aux soignants d'inscrire dans un autre lieu que celui que dessine la relation de soin ce qui se joue précisément au sein de cette relation. Ils ont pour fonction de soutenir la créativité, la réflexivité et la mobilité psychique des soignants confrontés eux-mêmes à créer du lieu pour les patients exilés.

L'inscription des traces de l'exil devrait constituer un sujet de préoccupation constante des institutions, dans une perspective de « reconstruction du lieu » au sens winnicottien, et non, bien sûr dans une perspective de contrôle. La mémoire des institutions est mémoire des soignants et des soignés, mémoire non pas seulement de l'exil, mais mémoire de la rencontre entre « eux » et « nous », mémoire commune, donc, qui efface, au moins, une frontière pronominale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AGIER M., 2011. « L'encampement du monde. ». *Plein Droit*, 3 : 21-24.
- AUGÉ M., 2010. « "Retour sur les « non-lieux". Les transformations du paysage urbain », *Communications*, 87(2) : 171-178.
- AIRAULT R., 2000. *Fous de l'Inde, délires d'Occidentaux et sentiment océanique*. Paris, Payot et Rivages.
- BALIGAND P., 2015. « Parcours de demandeurs d'asile : diffraction spatiale et traumatisme. » *Annales de la recherche urbaine*, 110 : 56-63.
- BENSLAMA F., 1991. « L'enfant et le lieu », *Cahiers intersignes*, 3 : 51-69.
- DAVOINE F., GAUDILLIERE J.-M., 2006 [2004]. *Histoire et trauma, la folie des guerres*. Paris, Stock.
- DAVOUDIAN C. (dir.), 2012. *Mères et bébés sans-papiers. Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?* Toulouse, Erès.
- DAVOUDIAN C. (dir.), 2012. « Plaidoyer pour une PMI maison », in *Mères et bébés sans-papiers. Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?* : 151 et sq.
- FÉDIDA P., 1995. *Le site de l'étranger. La situation psychanalytique*. Paris, PUF.
- FERENZI S., 2006 [1934]. « Réflexions sur le traumatisme », in *Le traumatisme*. Paris, Payot et Rivages.
- FREUD S., 1995 [1936]. « Lettre à Romain Rolland (Un trouble du souvenir sur l'Acropole) », in *Œuvres Complètes, XIX*. Paris, PUF.
- GALITZINE-LOUMPET A., 2016. « Habiter l'exil : le corps, la situation, la place », in *Décamper, de Lampedusa à Calais*. Paris, La Découverte : 116-129.
- GUELFY J.-D. et alii, 1987. *Psychiatrie*. Paris, PUF.
- LACHAL C., 2006. *Le partage du traumatisme, contre-transfert avec les patients traumatisés*. Marseille, La Pensée Sauvage.
- PEREC G., 1995. *Ellis Island*. Paris, POL.
- VILLAIN M.-J., 2012. « Prendre le risque de la rencontre et de l'accueil », in DAVOUDIAN C. : 157-167).

WOLMARK L., 2017. « Dépossessions, actes et paroles dans la clinique de l'exil », *Cahiers de Rhizome*, « Cliniques et migrations », 63 : 14-20.

WINNICOTT D. W., 1975 [1971]. *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard.

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

Résumé

Cet article se fonde sur l'expérience clinique auprès de personnes exilées confrontées à l'impossibilité de vivre dans le lieu de leur exil. Dans une perspective clinique, cette question est tout d'abord appréhendée à partir de la parole des patient.e.s exilé.e.s dans le cadre des thérapies, qui donne à entendre des points de rupture signifiants dans le rapport du sujet au lieu. La mise en lumière d'un rapport énigmatique ou problématique du sujet au lieu dans l'exil ouvre à une réflexion sur la psychothérapie comme lieu « troisième ». Le rôle politique des institutions de soin est évoqué à la fois comme soutien aux praticien.ne.s pris dans la tentation de « faire lieu » et comme engagement pour les droits des exilé.e.s.

Mots-clefs : Clinique de l'exil, psychothérapie, institution, lieu, demande d'asile.

Summary

Places of Exile: Subjectivities in Therapy

This article is based on the clinical experience of exiles who are faced with the inability to live in their place of exile. From a clinical perspective, this question is first approached through the voices of patients living in exile within the context of therapy; significant breaking points emerge from the relation of the subject to the place. Thus highlighted, the enigmatic or problematic relationship of subject and place in situations of exile leads to a reflection on psychotherapy as a "third" place. The political role of mental health institutions is evoked both as support to mental health practitioners attempting to "open the way", and as advocacy for the rights of exiles.

Key-words: Exile clinic, psychotherapy, institution, place, refugee claim.

* * *