

« Familles de l'exil, familles en exil : questions cliniques et éthiques »

(Résumé de la transcription de l'exposé)

Je vais vous parler d'un cas clinique, des enjeux politiques concernant les migrants et revenir sur quelques éléments que j'ai travaillés avec mon livre *Banlieues*.

Vous recevez dans vos CHRS des sujets qui sont en exil, vous êtes de plain-pied dans l'affaire, parce que la question des papiers, des documents en règle pour être accueillis en toute légitimité, n'est pas sans évoquer les situations de précarité extrême que vous rencontrez. Cette précarité inclut non seulement la précarité sociale mais aussi ce qui touche au changement de lieu, de heim, de lieu pour ne pas dire de nid symbolique dans lequel sont inscrits, ou non, les gens qui migrent. Elle interroge le heim initialement inscrit pour chacun au lieu de de leur naissance, dans leur pays d'origine.

Ma visée n'est pas de faire de ces sujets des victimes, mais pas non plus d'en faire des gens tellement à part qu'on les stigmatiserait à l'infini, parce que les problématiques humaines restent les problématiques humaines et, notamment, l'ancrage dans la langue, l'orientation dans le champ du langage concerne tout le monde, chaque être humain. C'est pourquoi Lacan employait le vocable *parlêtre*.

Il est d'emblée très important de vous indiquer ce que j'entends par familles en exil, familles de l'exil : en exil, ce sont celles des migrants, de celles et ceux qui sont en train de migrer et les familles de l'exil concernent les sujets qui ont exilé et qui sont installés, voire se sont enracinés après deux générations et pour lesquels il faut se demander pourquoi on continue de faire référence à l'exil, ne serait-ce qu'en parlant d'immigrés de telle ou telle génération. Et, en lisant le livre *Avec l'immigration - mesurer, débattre, agir* de François Héran, un démographe et sociologue qui a écrit un excellent bouquin, j'ai appris que la « qualification » internationale « immigré », appliquée en France depuis 1990, concerne « des personnes nées étrangères à l'étranger et venues s'installer pour une durée légale d'au moins un an, qu'elles aient ou non acquis la nationalité française par la suite ». Les immigrés avoisinent 10% de la population vivant en France. Le facteur temps est donc essentiel pour en définir le statut. Or, sur le plan clinique, le temps de l'exil est plus complexe, il n'est pas seulement celui où les gens commencent à se poser dans le pays d'accueil avec ce que cela peut comporter de diverses difficultés. Il y a une dimension chronologique, mais aussi une logique de la temporalité qui est revisitée par le caractère pour ainsi dire intemporel de l'inconscient, ce qui permet de parler de temps logiques propres à chaque sujet humain.

Autre chose très importante : on ne peut pas mélanger les immigrations liées à des moments aigus, les vagues d'immigrations qui sont des conséquences de conflits, de guerres, comme en Syrie, au Yémen, au Soudan, au Mali... avec les immigrations ordinaires qui sont des immigrations qui rendent compte d'une politique globale menée depuis des décennies dans un pays comme la France, le seul pays européen à accepter des immigrés de manière constante depuis le XIX^{ème} siècle. Maintenant, on s'aperçoit qu'avec les évolutions idéologiques, les stratégies géopolitiques, les changements politiques, on commence à fermer les portes et on clôt de plus en plus les yeux. Il y a une hypocrisie généralisée sur toutes ces questions. A ce sujet, je vous conseille un excellent numéro de l'hebdomadaire qui s'appelle le *I* ; il est consacré à *Migrants, le grande hypocrisie*.

Puisque je fais part de quelques repères généraux, je voudrais souligner qu'il ne suffit pas qu'il y ait le signifiant de l'exil dans une histoire familiale pour que les gens s'attachent à ce

signifiant de manière irréversible et aveugle. D'ailleurs, parfois, il suffit non pas de changer de pays mais de région, voire de ville, pour que ce soit vécu comme un exil. Il y a ainsi la question du traumatisme qui en ressort, c'est-à-dire la façon dont un sujet en serait saisi et s'en saisit, sans omettre qu'il y a traumatisme et traumatisme ; il y a des traumatismes avec violence physiques qui marquent indéniablement n'importe qui, mais le problème de ce qui fait traumatisme pour un individu, cela reste vécu, entendu singulièrement, quand bien même il y a des traumatismes de masse, subis collectivement ou pris dans une logique collective.

A un autre niveau, celui des immigrés qui s'implantent et qui s'installent, fondant des familles, émergent les questions des générations, des générations issues de l'immigration/des immigrations, il est également notable que chaque individu concerné va se repérer de manière très différente dans l'histoire familiale. Le plus difficile, le plus délicat sur le plan clinique, c'est ce qui se joue singulièrement, de façon spécifique, avec probablement des points communs aux personnes aux prises avec ces questions d'immigration, d'exil, dans le rapport à la langue (j'imagine que Nazir Hamad vous a dit que l'inconscient est polyglotte), notamment dans la manière dont chacune est travaillée par l'entre-deux cultures, l'entre-deux langues. C'est cela qui est au cœur de la subjectivité individuelle des migrants. Chacun(e) va en être saisi et s'en saisir à sa façon, pourrais-je dire suivant le fantasme singulier qui l'anime, si tant est qu'un fantasme primordial ait pu préalablement s'inscrire chez tel ou tel *parlêtre*. En tout cas, quand il y a ce procès subjectif de l'entre-deux, c'est bon signe. Une dialectique peut se mettre en place, voire faire symptôme et susciter une élaboration chez un sujet... jusqu'à mobiliser ses capacités transférentielles. Et justement tout le travail transférentiel avec ces personnes c'est de les aider à mieux supporter cet entre-deux sans qu'ils tombent dans un impératif d'avoir forcément à choisir, ce qui les ferait tomber dans une radicalité qui ne leur laisserait pas le temps logique de choisir, de décider, de se positionner en fonction du désir qui les anime et des conjonctures qu'ils rencontrent : c'est le problème de l'adaptation, de l'intégration, de l'assimilation... On peut le décréter sous l'angle du politiquement correct, des obligations juridiques auxquelles ils ont à se plier, il n'empêche que les effets subjectifs restent individuels.

Donc, ces effets sont très variables et nous, en tant que cliniciens on n'a affaire qu'au cas par cas. Même si on ne peut pas être dupe et qu'on a à entendre qu'il y a tel ou tel fait collectif, social, politique, qui vient surdéterminer les conditions qui président aux effets subjectifs individuels ; on est fait de l'Autre, vous le savez.

Il est aussi primordial de mettre un bémol à la victimisation systématique comme à la banalisation qui ferait abstraction de ce qu'aurait à endurer, à traverser subjectivement l'exilé, le migrant, le sujet pour arriver dans un pays d'accueil, qu'il soit choisi ou non, quitte à faire le choix, s'il est encore possible, de vouloir y rester. Déjà, il y a là une grande différence. Parce que quand on choisit d'aller vivre dans un pays parce qu'il répond à un idéal ou parce qu'on a une famille suffisamment fortunée pour vous y payer des études et éventuellement s'y implanter, ce n'est pas pareil que quand on n'a rien choisi du tout ou qu'on a choisi malgré soi parce qu'il fallait bien aller quelque part.

Voilà, c'est une introduction un peu large.

Je vais vous raconter une situation clinique, celle d'un enfant qui allait avoir 13 ans quand il a débuté ses consultations. J'ai maquillé les données. C'est un garçon d'origine béninoise, le père vit en France depuis plus de 25 ans, la mère depuis moins longtemps. Au-delà de la disparité culturelle, de la prise en compte des différences, en particulier dans l'abord du fonctionnement des familles et dans celui des soins, je puis avancer qu'il s'agissait d'une famille pathologique.

Il avait déjà consulté à l'âge de 5 ans pour des problèmes d'agitation et avaient été mis en avant des problèmes d'attention. Comme symptomatologie a-spécifique on ne trouve pas mieux ! Si ses parents ont établi un mode de fonctionnement familial plutôt traditionnel, c'est-à-dire y compris à l'appui des principes éducatifs et religieux conformes à leur culture de naissance, il n'en demeurait pas moins que ce garçon ne les entendait pas. Ils lui échappaient, il n'en avait cure, faute de pouvoir les intégrer, faute de repères symboliques établis et spécifiques. Il semblait se désintéresser de la culture familiale. Né en France parmi les plus jeunes de sa grande fratrie il avait un frère jumeau. La nuit et le jour. Lui était perçu comme l'agitateur, celui qui met le trouble dans la famille, qui vient déranger, mettre mal à l'aise toute la famille et le frère jumeau comme l'enfant calme, qui sait s'adapter, qui s'inscrit dans la filiation ancestrale.

...

Lui c'est un immigré de la deuxième génération, ayant toujours la seule nationalité de ses parents. Il pouvait dire : « je suis français simple », ce qui n'était pas « simplement » à interpréter comme une façon de dire qu'il ne voulait pas entendre parler de ce signifiant lié à l'autre nationalité, mais surtout il s'agissait de l'entendre comme une impossibilité d'avoir une accroche identitaire qui le tienne, qui l'inscrive dans une filiation où il aurait une place, sa place subjective. Plus qu'un rejet de sa famille, une absence d'amarres symboliques. Ce jeune ado faisait plus âgé que son âge. Il avait consulté à la demande de ses parents, après les avoir dénoncés pour maltraitance physique. Ses propos n'étaient pas sans fondements et avaient abouti à une information préoccupante à l'origine d'un placement en foyer d'accueil ordonné par le juge. Cela avait précipité les parents affolés à prendre rendez-vous. Ces derniers nient les faits en grande partie, le père faisant allusion aux méthodes éducatives qui lui avaient été appliquées dans sa propre jeunesse. Ce papa avait une famille où nombre de ses membres avaient été ou étaient des marabouts. Il n'entendait pas la souffrance de son fils, en particulier que ses troubles du comportement au collège, ses violences à l'endroit des camarades, et aussi envers sa fratrie, étaient l'expression symptomatique d'une pathologie psychiatrique qui s'était révélée, y compris au sein du domicile familial, puisque les deux parents rapportaient leur impression que leur fils parlait à d'autres dans sa chambre alors qu'il y était seul. Ces phénomènes de voix, ces hallucinations auditives, verbales et non verbales, ce dialogue hallucinatoire seront confirmés durant une hospitalisation dont j'avais été à l'origine à un moment particulièrement critique de passages à l'acte hétéroagressifs. Mais les parents ne pouvaient se résoudre à cette maladie bien mystérieuse, freinant au maximum les soins, protestant sur les méthodes, y compris la nécessité d'avoir recours à un traitement médicamenteux. Ils venaient s'opposer aux soins à l'occidental, préjugant d'un sort à l'endroit de leur fils, récusant ces voix dont ils avaient eux-mêmes relevé le caractère inquiétant, mettant en avant qu'il faisait semblant pour qu'ils s'occupent de lui, supportant mal que son état révèle les problèmes internes à la famille ... qui n'étaient pas minces...

Les éducateurs du foyer ne pouvaient le contenir et craignaient qu'il ne se mette aussi en danger. Sans omettre les difficultés usuelles aux situations pathologiques quand il est indispensable de savoir qui fait quoi dans une prise en charge où intervenaient aussi d'autres professionnels de l'aide sociale à l'enfance et des acteurs de la justice.

Dans de tels cas, il s'agit d'éviter tout bras de fer avec la famille, mais comment faire quand le danger clinique devient majeur, que les parents récusent les soins, l'hospitalisation, si ce n'est faire appel au juge pour obtenir une dérogation de délégation de soins. Dans ce cas, le juge a refusé. Il a alors fallu de nombreux entretiens, des rendez-vous manqués, pour que les parents soient enfin partie prenante des soins, non sans avoir eu recours aux remèdes prescrits

par le marabout. Ils ont fini par reconnaître qu'il n'allait pas mieux et ils ont accepté de nous faire confiance.

Nouer quelque chose d'une amorce de transfert n'est pas simple. Pas en tout cas avec un adolescent qui s'effondre, qui ne peut se prêter à un travail de parole, qui se sent persécuté malgré un traitement, qui se déscolarise... Il a fallu l'appui des parents là où la structure familiale et la structure subjective du patient témoignaient d'avatars graves quant à son assise symbolique.

Je rapporte à gros traits le cas de cet adolescent. Un cas complexe qui a conduit le père de famille à faire appel à un marabout, ce qui peut être interprété comme une façon ultime de chercher à l'inscrire dans des repères symboliques qui jusqu'alors n'ont jamais pu se mettre en place ni opérer pour ce garçon. Or, dans une telle conjoncture, je voudrais vous faire entendre que ce n'est pas qu'une question de migration, d'immigré de la seconde génération. Ce n'est pas si simple. Mon travail de clinicien a consisté à le traiter comme un sujet, a priori élevé et inscrit dans une culture autre, mais sans minimiser l'impact de son imprégnation culturelle française, occidentale, républicaine... Pourtant, il arrive qu'un sujet ne soit pas symboliquement inscrit dans une filiation, quelle que soit sa culture ancestrale et familiale, quels que soient les déterminants que peuvent engendrer chez d'autres les incidences de l'entre deux cultures. Je me suis référé aux éléments structuraux du cas, ne pouvant considérer ses symptômes comme des éléments inhérents à la seule tradition culturelle de sa famille. Une structure clinique psychotique reste une structure clinique psychotique au-delà des modalités particulières qui caractérisent les formes de psychoses selon les inflexions culturelles propres à telle ou telle population.

P. Belot Fourcade : L'enjeu dans cette vignette clinique est très intéressant parce qu'il interroge ce qu'il en est de l'écart. Y a-t-il ou pas un écart possible pour une famille avec tous les aléas de l'évolution des enfants ? Il y a là dans le travail social, une question fondamentale et parfois une illusion aussi fondamentale qui consiste, de façon utopique, à tous nous réunir, comme s'il n'y avait pas de murs entre les différentes cultures et qu'on pourrait passer facilement de l'une à l'autre dans le bonheur et le bien-être. Là, c'est effectivement une façon de mélanger les deux aspects de notre culture où l'un doit être dans le bien être, ce qui récuse l'idée du symptôme et, d'autre part, on pourrait d'une façon généreuse aller de part et d'autre du monde, ce qui va dans l'idée de la mondialisation actuelle, on pourrait partager les mêmes biens d'un pays à l'autre. J'ai une question : est-ce que la réinsertion culturelle est thérapeutique ? Parce que c'est là où achoppe l'affaire. Cet enfant est malade ici mais il est malade pour sa culture aussi, c'est un asocial : il a des voix, donc il n'est plus dans l'échange habituel, dans la communication avec l'autre, il est dans une clôture, les voix c'est une clôture.

L. Sciara : En effet, c'est très important. Or, il a un jumeau, il faudrait estimer ce qui pourrait tenir de la gémellité de ce cas ; je n'ai jamais rencontré son frère et il n'en est pas arrivé à pouvoir accéder à la possibilité d'un minimum de dialectisation de ses voix ... il ne parlait pas du tout de son frère, si ce n'est tout de même, je dirais globalement, comme le bon objet pour les siens. Pas comme lui. D'où la violence intra familiale à son endroit...

P. Belot-Fourcade : un exemple aussi de bilinguisme. Est-ce que sa psychose est due à l'exil... déjà ancien de son père et ses conséquences ou est-elle sui generis, due au milieu ambiant ?

L. Sciara : pour son cas, elle est sui generis. Mais elle s'inscrit probablement sur trois générations comme pour tout patient psychotique. Encore faudrait-il en connaître les ressorts par les propos des parents...

P. Belot-Fourcade : Oui c'est ça. Mais c'est important pour nous de savoir et ne pas trop penser parfois que la réintégration culturelle qui nous fera plaisir, à nous, parce qu'on aura l'impression d'avoir respecté la culture de l'autre, qui est quelque chose qui est un préalable à notre travail, mais effectivement on est là sur une impasse parce que quand ça se passe en France, là où il est né et où il grandit, c'est quelque chose qui peut empêcher la réintégration de ce jeune, y compris par un autre biais culturel comme celui de l'appel au marabout diligenté par son père.

L. Sciara : Oui, ce que tu soulignes d'un point de vue clinique est très important, le fait que quand il y a ces phénomènes de voix, le travail clinique consiste à entendre la place qu'elles viennent occuper pour un sujet psychotique, par exemple en lui assignant au moins un lieu, si banal soit-il, quand il est totalement à la dérive, mais aussi de l'aider à pouvoir s'en débrouiller au mieux pour que le réel auxquelles elles le confrontent lui soit le moins délétère possible. C'est-à-dire travailler à ce qui est « travaillable » à partir de ces voix pour qu'il s'en accommode au mieux. L'idée est de préserver le lien social au mieux, en privilégiant le suivi de soins, quitte à utiliser pour le soulager le traitement médicamenteux. Dans le cas de cet ado, le lien social était déjà rompu, la scolarité barrée, l'ancrage familial plus que remis en cause. Pour lui, sa décompensation psychotique n'a pas permis de maintenir le minimum de liens relationnels indispensables. Quelque chose ne tenait plus, du foyer à chez ses parents, il ne cessait d'errer. Partant sans autorisation du foyer d'accueil, se rendant chez ses parents d'où il repartait et le cycle se poursuivait ainsi. Il était à la recherche incessante d'un lieu psychique qui se dérobaient... Cette question du lieu psychique où le sujet peut prendre la parole en son nom est fondamentale pour tout être humain. Elle est mise en relief avec d'autant plus d'acuité avec les exils, les chemins des migrations. Elle interroge sans cesse le topos dans lequel est inscrit un sujet, d'où il part, où il arrive, au fil de sa vie, s'entrecroisant avec les temporalités logiques et chronologiques qui le traversent.

P. Belot-Fourcade : C'est-à-dire le lieu d'où il parle et d'où il peut écouter, c'est deux choses le lieu psychique, d'où je parle et d'où je peux écouter l'autre.

L. Sciara : Oui et avoir un lieu psychique obéit à des conditions symboliques qui déterminent ce lieu psychique. Symbolique cela renvoie à l'opérativité de la fonction paternelle et de la fonction maternelle, c'est-à-dire à la façon dont un humain parvient à s'inscrire et à s'orienter dans le langage, y compris selon sa position sexuée. Evidemment pour un adolescent comme ça, dans de telles dispositions cliniques, il y a quelque chose qui ne va pas et le fait qu'il soit agité, qu'il aille d'un lieu à l'autre est déjà le témoin symptomatique de quelque chose qui ne tient pas, qui n'est pas fixé a minima. Chacun d'entre nous a une identité sexuelle et une identité sexuée quand elles sont arrimées au langage. Quand les fonctions symboliques ont échoué à se mettre en place, il en résulte qu'un *parlêtre* n'est pas orienté phalliquement et il s'en suit une quête infinie de tentatives d'y parvenir... mais sur le mode de l'errance, de la délocalisation, de la temporalité désordonnée....

J'en viens à vous dire quelques mots sur des aspects politiques avant de revenir sur la clinique, celle des banlieues puisque j'y exerce de longue date. Mes compétences concernent non pas les primo-arrivants, exilés récents, arrivant le plus souvent dans un contexte

catastrophique. Je ne suis pas un clinicien qui travaille dans un lieu où sont reçus des gens qui viennent d'émigrer. Je peux vous parler des immigrés et de leurs descendants sur plusieurs générations, à partir de mon expérience professionnelle. Ce n'est pas la même chose.

Dans le *I* déjà évoqué au début de mon propos, Eric Fottorino signe un article intitulé : « Tous hors la loi ? ». Il souligne ainsi un point essentiel, le point éthique essentiel. Quand on commence à mettre en question notre devoir d'hébergement, d'accueil, de solidarité, d'hospitalité, fondamental républicain, c'est grave. Fottorino dit « C'est une tache. Une tache sur ce début de XXIème siècle à peine majeur. Cette tache, c'est notre incapacité à traiter humainement des êtres humains qui ont surmonté l'insurmontable, la maltraitance des bourreaux ordinaires, des trafiquants de misère, le cynisme intéressé des passeurs qu'on appellerait bien "trépassés" si le mot existait ». Finalement, ajoute-t-il, ça met les gens en porte-à-faux, la police qui se met simplement à contrôler et à réprimer, l'Etat qui veut appliquer a minima la convention de Genève, celle qui vise au respect de chaque humain, les cercles de citoyens bénévoles et les associations pour venir au secours des réfugiés livrés à eux-mêmes. Très vite, les dérives ne tardent pas. Il cite Calais. « Comment agir avec efficacité et lucidité quand l'hypocrisie règne depuis des décennies du sommet de l'Etat aux administrations, au sein des partis et des médias ? »

P. Belot-Fourcade : Mais pour cette famille qui a migré, ne s'est-elle rendue compte qu'il y en a eu un qui en a pâti ? C'est vrai que c'est peut-être un effet de l'exil, de leur décision de migrer, si contrainte qu'elle ait pu être.

L. Sciara : Je ne sais pas précisément parce qu'il faudrait connaître au mieux l'histoire de cette famille et nous nous sommes heurtés à des ... résistances !

P. Belot-Fourcade : en tout cas ils n'ont pas eu au fur et à mesure de l'évolution de l'enfant les points, les scissions habituelles culturelles ; ils auraient rencontré une dame du village qui lui aurait dit : votre gamin ça ne va pas. Il n'y aurait peut-être pas eu cette exclusion du collège. Ou encore peut-on imaginer qu'il aurait bénéficié d'un rite, d'une cérémonie avec la nourrice et la commère qui auraient aidé la maman à sevrer cet enfant qu'elle n'arrivait pas à lâcher ? Toutes ces choses qui dans certaines cultures sont pertinentes et qui ne peuvent fonctionner de la même manière dans une aire culturelle comme la nôtre. Cet enfant et cette famille ont sans doute été privés de marques culturelles qui auraient permis à cet enfant de mieux symboliser le rapport à la langue et à la vie. Par ailleurs, pas grand-chose sur sa gémellité. La gémellité n'est jamais quelque chose de simple. Nous, on a eu Madame Dolto mais on ne veut plus en parler de cette question extrêmement compliquée. Dans ces sociétés africaines, la gémellité est quelque chose qui vient du destin, du cosmos, c'est forcément relié. Nous, nous ne le relierions pas, donc il a été désafférenté de cette question-là.

L. Sciara : La place de l'enfant malade est toujours très compliquée ; il peut être objet de rejet total, il peut être fétichisé, il peut être maltraité.

P. Belot-Fourcade : on peut se demander si cette famille qui est venue pour des raisons simplement économiques, probablement, n'a pas bâti beaucoup de désillusions. Nous on aurait tendance à dire : notre accueil généreux c'est ce qu'il y a de mieux. Eh bien, je ne sais pas, je ne le crois pas.

Et lorsque j'étais interne, j'ai eu à soigner des immigrés atteints de sinistres, j'en ai renvoyé certains dans leur pays d'origine pour essayer de mettre fin à leur dépression effroyable qui les saisissait à la manière d'une auto-mutilation.

L. Sciara : Quoiqu'il en soit dans ces situations concernant les migrants, les enjeux politiques ont un retentissement important sur les subjectivités individuelles. Politiquement c'est très compliqué. Mais, pour une famille comme celle de ce garçon, il y a un temps où peut devenir possible l'amorce d'une restitution de son historicité. Dans mon livre sur les banlieues, j'ai insisté là-dessus. Bien souvent, cette restitution par les parents, les grands parents est tue. Mais en même temps, cela se vérifie dans n'importe quelle famille qui n'a jamais connu l'exil. Pour autant, il y a des conditions spécifiques liées à l'exil. Les conditions subjectives individuelles restent des points d'interrogation qu'il faut situer à travers des moments, des phénomènes de masse, et dans d'autres composantes, tel le passé colonial ou pas du pays d'origine.... Mais pour cet adolescent, et c'est pour ça que je vous en ai parlé, il m'a été difficile de me rendre compte de la logique familiale, de sa place dans cette logique, de trouver les moyens d'entrer en connivence avec cette famille, au fonctionnement obscur, quand bien même il a été possible au bout d'un temps de les faire adhérer à un projet de soins sur un long terme et dont il bénéficie désormais. Le problème consistait certes à se heurter aux réticences parentales, mais surtout je me suis heurté à la question de la folie qui avait engendré une certaine violence que les parents cherchaient à taire dans ce huis clos familial autarcique. C'est pour ça qu'il y a eu un signalement.

P. Belot-Fourcade : je voudrais que tu parles de ton livre qui est, je crois, une aide pour vous faire apprécier les différents points.

L. Sciara : Je vous ai déjà cité la définition internationale du terme immigré. Il faut savoir qu'en France, plus de 40% des immigrés sont naturalisés, ils sont à la fois français et émigrés. Alors ce livre *Banlieues – Pointe avancée de la clinique contemporaine* est sorti en avril 2011. J'étais parti de l'idée de comment rendre compte d'une certaine évolution dans la clinique contemporaine à l'appui de mon expérience de travail à Nanterre avec les patients « SDF » donc sur la clinique de l'exclusion et aussi de ma pratique avec les enfants et adolescents en CMPP depuis dans une autre banlieue, bien plus défavorisée.

Dans ces banlieues déshéritées avec beaucoup de brassages de populations, j'ai pu rencontrer des patients dits de la première génération, de la seconde et de la troisième génération.

Ce qui m'avait intéressé c'était de restituer ce que je pouvais entendre sur le plan clinique dans des lieux institutionnels inscrits dans ces territoires de ségrégation sociale, de misère sociale. Et en même temps, je trouvais que cette clinique était tout à fait conforme avec celle qui se déploie dans l'ensemble du monde contemporain, au moins occidental, à l'instar de ce que nous constatons dans notre pays. En soutenant l'hypothèse que les questions de ségrégation sont des effets du libéralisme, pas seulement mais en grande partie, qu'il s'agit de les distinguer de celles liées à l'exclusion, le plus important a été de réfléchir aux conséquences subjectives sur les populations concernées, d'origines diverses.

J'ai fait valoir à quel point fait collectif, socio-politique, et fait individuel, subjectif, sont étroitement liés. Les signifiants qui circulent dans le social, « migration », « étranger », « immigré », « discrimination »... témoignent d'un déterminisme social de phénomènes de masse, rendent compte des conditions sociales de précarité, de misère avec les problèmes de scolarité et de désinsertion professionnelle qui en résultent pour des jeunes gens, fréquemment d'origine étrangère, qui vivent dans ces banlieues pauvres.

Dans ce livre, j'ai évoqué l'évolution psychopathologique sensible que l'on peut percevoir au fil des générations, en soulignant que la clinique liée à la troisième génération, celle qui concerne les populations les plus jeunes, est une clinique aux caractéristiques contemporaines, au moins sur le plan des structures névrotiques (un discrédit de la parole et du savoir supposé qui engendre un maniement plus délicat du transfert ce qui demande un engagement plus marqué et plus personnalisé de la part du clinicien, une clinique des mises en acte qui prend le pas sur celle de la parole qui fait acte, une difficulté à cerner ce qui fait symptôme au sens freudien du terme, des effets de perversion sociale, un rapport à la demande et à la parole marqué par l'immédiateté, des repères symboliques plus flous ou plus mouvants, des conduites toxicomaniaques...). J'ai émis l'hypothèse que la clinique repérable avec les populations jeunes des banlieues pauvres est la pointe avancée de la clinique contemporaine, en grande partie du fait des effets ravageurs de la ségrégation sociale, mais que tous ces éléments cliniques significatifs, se retrouvent dans toutes les classes sociales.

Mon hypothèse n'était pas de stigmatiser une clinique en soi ségrégative et discriminatoire, mais bel et bien de dire que ce qu'on pouvait entendre dans cette clinique, en particulier la clinique contemporaine des névroses, est en même temps le plus révélateur, une véritable caisse de résonance, la pointe avancée, de cette clinique contemporaine.

J'avais souligné des caractéristiques cliniques propres aux sujets immigrés arrivés dans les années 1950-60, dont beaucoup dans mon expérience d'origine algérienne, celles et ceux dits « de la première génération ». Se retrouvaient des éléments cliniques en rapport avec les questions du travail, du corps ; questions qui interrogeaient leur trajectoire de vie, les raisons pour lesquelles ils avaient décidé de migrer- ce qu'il faut toujours se demander même dans un contexte de guerre, de misère, etc. car il y a des situations où on n'a pas le choix mais il y a aussi des situations où il y a un frère qui s'en va et pas un autre. Pourquoi celui-là et pas un autre ? Il y a toujours des déterminismes singuliers importants à repérer.

Leurs pathologies étaient moins liées aux déchirures de l'exil, qu'à la confrontation à la culture et à la langue du pays d'accueil, celui de leurs colonisateurs, avec les conflits politiques qui en résultaient. Comment s'adapter au pays d'accueil, s'intégrer à la société française, être pris dans des valeurs symboliques différentes avec des problématiques différentes entre les hommes et les femmes (cette question des femmes je l'ai beaucoup développée dans le livre...). On retrouvait des éléments de névroses classiques auxquelles s'adjoignait, surtout en vieillissant, une nostalgie du pays, ce sentiment d'être étranger en France comme dans leur pays de naissance ; en même temps retourner au pays était une vraie difficulté, avec un désir d'y revenir mais de ne plus tout à fait partager les mêmes valeurs. Pour ce qui concerne l'Algérie, il existe des problèmes spécifiques liés à l'histoire entremêlée entre les deux pays. C'est vrai aussi pour d'autres pays africains, mais le contexte historique est plus qu'important. Or, qu'est-ce que ces hommes et femmes ont découvert avec leurs enfants nés en France ? Des jeunes beurs qui voulaient être français alors que leurs parents avaient combattu pour être indépendants de la France.

Avec cette première génération, j'ai eu à rencontrer des personnes présentant des pathologies dépressives liées à la fois à une forme de solitude corrélée au déracinement et à la résignation d'aller vivre dans le pays du colon. Beaucoup d'hommes rongeaient leur frein dans le célibat, la famille étant au pays. L'alcool avait une importance capitale comme soutien, comme étayage, tout en vous rappelant que c'est un interdit de l'Islam... des choses très paradoxales. Et puis il y avait ces tableaux autour du corps, des hypocondries, du côté des psychoses, des sinistres délirantes, en grande majorité des hommes qui se vivaient comme lésés à l'occasion d'un accident du travail. Je rapporte dans le livre le cas de cet homme qui avale un sandwich à son travail et qui y découvre un morceau de verre. Il est dès lors persuadé qu'il

reste du verre dans sa gorge, un corps étranger qui n'est pas sans écho pour lui et qui déclenche son délire. Un autre cas a retenu mon attention : celui d'un homme au délire de revendication paranoïaque qui avait vécu les événements d'octobre 1961 à Paris. Il ne cessait depuis cette époque de demander réparation et justice pour les morts algériens victimes de la police française. Une histoire authentique longtemps cachée, méconnue, ce qui fait que cette revendication avait un fondement juste, mais qui rendait compte de l'impossibilité pour cet homme de lâcher ce postulat passionnel qui en avait émergé. Il se faisait le porte-drapeau d'une humiliation, d'un honneur bafoué, d'une injustice réelle et en même temps il avait été saisi par cette affaire sur un mode paranoïaque ce qui témoigne de ce qui compte pour tout traumatisme : à savoir comment cela saisit un sujet et comment il s'en saisit, suivant sa structure clinique.

La psychopathologie de cette première génération prenait appui sur les combats idéologiques de l'époque et précédait le temps du regroupement familial des années soixante-dix qui a drainé d'autres pathologies.

Je passe à la seconde génération : le plus caractéristique, ce n'est pas forcément le corps mis en avant, les questions liées au travail, mais plutôt comment les enfants de ces immigrés étaient pris dans le heurt des signifiants maîtres, c'est-à-dire cet entre-deux de cultures, de langues, etc. Ce sont aussi les jeunes gens qui ont réclamé leur droit d'être français, les beurs et les beurettes ! Cela a engendré de véritables intégrations dans la société française, mais aussi des ravages, des combats sociaux et politiques. Là, je parle des enfants de cette première génération qui sont nés en France. Les enjeux religieux quand j'étais à Nanterre n'étaient pas ceux qui ressortent actuellement. Il n'y avait pas cette tendance si marquée au réflexe identitaire, mais une façon de dire une différence sans tomber dans des revendications incessantes, il est vrai pas sans fondements d'injustice, de racisme et d'inégalités sociales. Ça c'est plutôt la jeunesse actuelle.

A partir de deux cas cliniques, j'évoque dans mon livre la seconde génération deux cas cliniques dans mon ouvrage pour préciser le type de division subjective que cet entre deux cultures a engendré, un cas masculin de névrose phobique et un cas féminin de névrose hystérique : le cas de Sofiane, typique d'une névrose de la seconde génération avec le heurt des signifiants maîtres de chaque culture (française et algérienne) et celui d'une femme qui présentait une névrose hystérique de destinée avec une position subjective combative, des aspirations légitimes à une réussite professionnelle, à une liberté sexuelle également promue par les combats féministes de l'époque. J'ai aussi parlé de ces femmes qui payaient le prix fort de leur liberté sexuelle en étant rejetées par leurs familles, se retrouvant dans des dispositions toxicophiles (alcoolisme et autres addictions). Avec cette deuxième génération, il y avait quelque chose d'une interrogation concernant la génération précédente, les conditions d'émigration et la question du père.

Avec la troisième génération, clinique actuelle, il y a plusieurs éléments que j'avais développés, je les résume : une espèce d'incapacité à s'approprier le heurt des signifiants maîtres, une difficulté particulière à se réclamer de telle ou telle culture ou de telle valeur ancestrale ; des sujets qu'on dit en déshérence dans la mesure où ils ne veulent pas de l'héritage qu'ils auraient pu avoir, d'autant plus lorsque les questions culturelles ne sont pas parlées en famille. J'ai eu affaire à des sujets qui ne peuvent se référer ni à des valeurs républicaines ni aux traditions et valeurs de leurs aïeux. Avec les questions de radicalisation depuis quelque temps, on se rend compte que cela ne concerne pas seulement les populations d'origines étrangères, mais toutes les tranches de la population, pas seulement dans les quartiers de misère sociale. Cet idéal du moi de la seconde génération s'est émoussé ce qui se traduit par des positions subjectives particulières : un flottement subjectif, une pseudo-suture

de la division subjective. Il est dans l'air du temps de ne pas croire à la valeur de sa propre parole, à la valeur de la parole qu'on a pu leur restituer et qui est souvent de plus en plus gommée, enfouie, et c'est cette façon d'être pris dans cette société de consommation, des sujets complètement pris dans la logique néo-libérale qui prend le dessus avec le toujours plus, la rentabilité, l'efficacité, l'immédiateté, l'accélération. Ce qui me frappe c'est qu'il y a comme une espèce de recouvrement de tout ce qui peut être personnel ; ça demande toute une approche dans le transfert qui nécessite de se déplacer, d'aller vers l'autre de raconter même des choses de sa propre vie sinon il y a un dialogue impossible. C'est flagrant avec les ados. C'est aussi une tentative d'amener ces jeunes gens à ne pas être dans une victimisation de ce qui leur arrive, une façon de travailler sur la responsabilité du sujet.

Dans ma clinique avec les enfants et les adolescents qu'est-ce que je perçois ? Dans une banlieue pauvre, il serait difficile de faire abstraction de la composante sociale et elle concerne toutes les familles, pas seulement celles aux origines étrangères plus ou moins lointaines. Ainsi, il ressort des difficultés scolaires, dans les apprentissages, la façon dont on doit travailler avec des parents qui sont plus ou moins investis pour que leurs enfants réussissent et qui pour certains sont pris dans un rapport au savoir effiloché. C'est aussi ce sur quoi j'ai insisté dans *Banlieues*, la dimension des mises en acte qui prennent le pas sur la parole qui fait acte. Des formes d'addiction et les phénomènes de bande très complexes à restituer (phénomènes collectifs qui permettent aussi à des sujets perdus de trouver une assise imaginaire, une suppléance psychique qui contribuent pour certain(e)s à s'intégrer partiellement, à trouver une autre famille, un autre lieu. Ce sont aussi des formes de nihilisme, de marginalisation qui conduisent à une exclusion totale à partir d'un phénomène de ségrégation, par exemple dans le recours aux violences, à la délinquance....

Dans une bande, il y a une identification au semblable dans un mouvement collectif, que Freud avait repéré avec la psychologie de masses, elle contribue à former une sorte de prothèse imaginaire qui permet à certains sujets psychotiques d'avoir un semblant de lien social alors que dans leur vie familiale, scolaire etc. ils sont complètement largués.

Voilà des phénomènes généraux, je ne peux pas tout vous raconter !

Louis Sciara

Psychiatre, Psychanalyste, Médecin Directeur de CMPP