

Entre accueil et déshumanisation, quelques réflexions sur la clinique des migrants

... violence politique et subjectivités...

Pratiquant depuis longtemps comme psychiatre, clinicien, accueillant des migrants, je constate un net durcissement du cadre législatif à leur égard, notamment concernant l'application des textes relatifs à l'obtention d'un titre de séjour pour maladie... ainsi, on empêche des gens de passer, d'arriver quelque part, les condamnant aux limbes, et nous, psychiatres, avons à traiter cette souffrance là qu'on n'accueille pas, et qui aurait largement pu leur être épargnée. C'est de cette situation dont je vais parler, en l'illustrant d'un cas, pour témoigner de la détresse des gens mais aussi de ma colère, face à une véritable violence politique exercée dans le champs social, qui fait apparaître la figure du migrant en position d'exclusion. Au delà, c'est aussi une réflexion sur ce que cette figure du migrant semble précurseuse, et annonciatrice d'une actualité de l'exclusion contemporaine qui nous concerne tous, je crois.

Je vais porter ce témoignage à partir de ma position de clinicien qui est triple:

- d'abord de psychiatre qui reçoit et tente d'écouter les gens qu'il accueille (EMPP),
- de praticien hospitalier, d'un service public en grande souffrance,
- de praticien de la « supervision » (ou analyse de pratique), dans d'autres institutions...

Ce qui paraît d'abord visé, dans le cadre de mon propos et dans le champs de mes compétences psychiatriques, c'est purement et simplement l'exclusion du migrant des systèmes de soins français, au motif que sa souffrance et ses troubles sont d'origine sociale. En tout cas, c'est l'effet vers lequel cela tend, avec bien sur un engorgement des systèmes de soins alternatifs au droit commun... par ailleurs, la psychiatrie (institution elle-même en grande souffrance) n'est pas en reste pour exclure la subjectivité de ses classifications aseptisés. Certains¹ même, de façon provocatrice, évoquent l'idée d'introduire une nouvelle catégorie dans le DSM qui serait le « PID »: Politically Induced Disorder », le trouble politiquement induit (TPI), qui rendrait enfin clair et incontournable que la « violence politique » exercée est la source évidente de certains tableaux psychiatriques, ce qui aujourd'hui encore et toujours, est refusé d'être pris en compte.

¹ Bertrand Piret, communication personnelle...

Cette « violence politique » source de souffrance, s'exprime clairement à l'égard des migrants du fait de l'aléatoire introduit dans le traitement institutionnel de leurs demandes de reconnaissance subjectivante, qui ne leur garantit jamais véritablement de pouvoir occuper cette place de sujet d'un état de droit comme n'importe quel citoyen vivant sur le territoire, les plaçant dans une position singulièrement précaire² : La philosophe Judith Butler dans son livre "Ce qui fait une vie"³, présente la précarité comme : « (...ce qui) désigne la condition politiquement induite qui fait que certaines populations souffrent de défaillances des réseaux sociaux et économiques de soutien et sont exposées de façon différentielle à la blessure, à la violence et à la mort. La précarité sociale, rajoute-t-elle, caractérise aussi la condition politiquement induite de précarité maximale des populations exposées à la violence arbitraire de l'État, qui n'ont souvent pas d'autre option que d'en appeler à cet état même pour la protection dont ils ont besoin. » Elle fait donc de la précarité un concept soumis à la régulation politique active du pouvoir contemporain qui en distribuant les inégalités organise l'altérité dans le champs social et produit la figure du précaire destinée à être exclue du corps social, avec à terme rupture du lien et apparition de la figure de l'autre radical, de "l'ennemi", figure dont la perte et le deuil ne sont plus problématiques, et contre laquelle se constitue le corps social. On voit donc bien pour Judith Butler le rôle prépondérant de l'institutionnel et du politique dans ce qui pourrait s'appeler une véritable « mise en précarité du sujet par le politique ».

Dans le champ complexe des déterminants bio-psycho-sociaux qui mènent à cette position de radicale étrangeté et d'exclusion subjective, l'exil comme processus de mise en tension et de possible rupture des liens signifiants qui nous affilient à un cadre institutionnel, occupe une place particulière, et singulièrement sous l'angle des rapports administratifs que l'étranger, tant qu'il reste dans une position de demande d'une reconnaissance de l'autre qui l'affilierait au champs social, entretient à l'institution. En effet, il n'existe peut-être pas actuellement en France de situation humaine où ce que nous dit Judith Butler de la dimension politique de l'affiliation, et de la "mise en précarité du sujet", est mieux illustrée que dans cette problématique de la condition du demandeur d'asile, tant son existence, sa visibilité même dans le champs social, reste intimement liée à ses rapports à l'institutionnel et au politique, et aux grandes variations conjoncturelles de celui-ci !

² l'argumentaire des paragraphes suivants est amplement tiré d'un article paru : Velut N. « L'étranger malade » de l'institution. *L'information psychiatrique* 2015; 91: 5-7 doi:10.1684/ipe.2014.1285

³ **Judith Butler:** *Ce qui fait une vie. Essai sur la violence, la guerre et le deuil.* p 30. Ed Zones, 2010

Parmi ces exilés demandeurs d'une reconnaissance subjectivante, il en est qui viennent chercher dans leur asile reconnaissance et réparation par rapport à une maladie qui les affecte. Dans le champs de la psychiatrie, il s'agit essentiellement d'une psychose qui n'a pas pu être équilibrée au pays ou bien d'une blessure psychique restée béante, conséquence de l'effraction de réel non symbolisé et qui revient sans cesse se signifier au quotidien, ce qu'on appelle « traumatisme psychique ». Pour tous ces gens, la loi française prévoit la possibilité d'un accueil, certes conditionnel et temporaire, mais fondé non sur des éléments sociaux ou politiques mais sur des arguments médicaux. Il s'agit de ce qu'on appelle communément le « statut d'étranger malade »⁴.

Or, on constate plusieurs changements dans l'application de cette loi depuis quelques années. Non seulement, il existe une restriction drastique des avis favorables pour l'accession première à ce statut pour des raisons psychiatriques⁵, mais encore, cette restriction et ce refus quasi-systématique porte aussi sur les renouvellements de statut accordés précédemment (parfois depuis de nombreuses années), alors que les arguments cliniques apportés par les certificats médicaux délivrés tous les ans sont rigoureusement les même. C'est comme si la préfecture était tout à coup devenue folle, désavouant elle-même les décisions qu'elle avait précédemment rendues. Ainsi, des gens, dont l'état de santé était jusque là reconnu par l'institution et qui bénéficiaient d'un statut suffisamment stable pour qu'en se soignant au long cours ils puissent aussi vivre au lieu-même où ils se soignent, se trouvent tout à coup renvoyés vers une position d'empêchement subjectif dans l'exil. Des gens auxquels on a légalement permis de vivre plusieurs années comme des citoyens ordinaires en France se retrouvent tout à coup déchus de leurs droits supposés, lorsqu'ils reçoivent un refus de renouvellement de leur titre de séjour, assorti le plus souvent d'une Obligation de Quitter le Territoire Français dans les semaines qui suivent : aspirants citoyens devenant ainsi brutalement des parias ! Ce qui jusque là, pour ces gens qui étaient aussi des patients, constituait un cadre étayant et protecteur leur permettant de se soigner, et dont le statut était la garantie et la clef de voûte, devient subitement ce qui les exclue et les dénie dans leur possibilité d'exister, en tant que patient bien sur, mais aussi en tant que sujet d'une institution qui de protectrice devient tout à coup la cause de leur exclusion.

⁴ **art L313-11** du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, stipule que: " la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit: (...) à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire (...) la décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé

⁵ *Le rapport "DASEM" établi par la Case de Santé à Toulouse en août 2014 estime que les refus de titre de séjour pour maladie, par la préfecture de Haute-Garonne sont passés de 7% en 2013 à 74%, tous motifs confondus pour le premier semestre 2014, pour les dossiers rentrant dans l'étude.*

Remarquons au passage que ces refus de renouvellement statutaire subits et inopinés de la part de la préfecture, provoquent une grande fragilisation des personnes qui en bénéficient encore, et qui tout à coup ne sont plus réputées fiables, ne présentant plus de garantie suffisantes pour accéder à de l'habitat, par exemple, alors qu'elle y ont droit... on assiste ainsi à une dévalorisation sociale imaginaire du statut d'étranger malade...

... mais je voudrais plutôt vous parler du cas de Mme B... Il s'agit d'une femme algérienne venue en France il y a maintenant presque dix ans, à la recherche de sécurité et de protection dans un contexte délirant manifestement ancien, persécutif et envahissant, l'assignant sans cesse à l'identité de « fille de harki », position subjective honnie en Algérie où elle a vécu jusque là, et à laquelle elle était sans cesse renvoyée, jusqu'ici en France, sur un mode délirant imaginatif et hallucinatoire, la faisant se vivre comme déchet de l'autre, objet de jouissance d'un Autre de plus en plus menaçant et terrifiant. C'est donc vers la France pour laquelle son père avait été tué en 1962, qu'elle s'est tournée pour tenter de se reconstruire, par la réparation d'une filiation qui ne lui serait plus honteuse ni interdite !

Mme B. avait bénéficié depuis plusieurs années d'un statut stable sur le territoire français, au titre d'étranger malade, ce qui l'avait relativement stabilisée au plan clinique, avec toutefois déjà une première période d'interruption statutaire d'août 2014 à février 2015, décision déjà inexplicée, et qui s'était à l'époque aussi accompagnée d'une décompensation délirante, jusqu'à l'obtention à nouveau d'un statut stable au terme d'un parcours juridique, qui lui avait permis de retrouver un équilibre psychique relatif. Elle restait depuis très observante, adhérant au cadre de soin et à la relation, continuant à bénéficier d'une prise en charge médico-psychologique de soutien et d'étayage très régulière avec prescription d'un traitement lourd associant antipsychotiques, anxiolytiques et somnifères. Elle résidait dans une Maison Relai, forme d'habitat semi-collectif et partiellement autonome où elle avait retrouvé des repères étayants, même si le cadre de vie l'était moins qu'en CHRS où elle vivait jusque là, ce changement ayant occasionné une décompensation. Au plan statutaire, elle était par ailleurs partiellement rassurée des progrès de son dossier administratif auprès des autorités françaises, qui lui avaient reconnu récemment le statut de « pupille de la nation », étape importante dans son projet ultime: devenir française, se transformer en « vraie française », en commençant par en acquérir la nationalité, les papiers.

Au plan clinique, Mme B. était stable dans sa fragilité. On peut dire que « ça tenait à peu près » ! Comme elle n'avait pu obtenir le statut de réfugiée politique demandé initialement, cette pathologie psychiatrique chronique lui avait permis d'obtenir jusque là un statut stable sur le territoire, bien que nécessitant un renouvellement annuel.

Chaque année, je faisais donc un certificat à l'adresse des « médecins experts » chargés par la préfecture de donner un avis pour la reconduction du statut administratif de cette femme dont la vie semblait comme suspendue entre deux événements fondateurs: le meurtre de son père en 1962 par « l'Algérie », et sa renaissance symbolique à travers son adoption par la « France »... or cette année, pour les mêmes motifs que ceux qui lui permettaient de l'obtenir, la commission médicale en charge de donner des avis motivés au préfet a émis un avis défavorable, générant vraisemblablement le refus du renouvellement de son statut ! La raison principale invoquée par les médecins experts en était la possibilité matérielle et technique de se soigner au pays.

Devant une longue attente sans nouvelle et à sa demande, son médecin traitant avait sollicité cette commission d'experts, qui lui avait donné l'information... on était donc dans une situation délicate, en possession d'une information capitale concernant une patiente qui l'ignorait encore, mais avant que la préfecture prenne la décision définitive, et ne l'annonce officiellement à la patiente.

J'ai reçu Mme B. quelques jours après qu'elle ait appris la nouvelle par le médecin traitant, comme elle l'avait demandé : c'était une « morte-vivante »... hagarde, hébétée et arrêtée comme si elle avait reçu un coup de poing en pleine poitrine, elle exprimait avec difficulté des idées d'indignité et d'incurabilité. Elle avait dit-elle l'impression d'être dans le noir, que la lumière s'était éteinte. Dans sa tête les voix féroces avaient redoublées d'intensité, qui lui disaient qu'elle puait, qu'elle n'était pas une femme, qu'elle n'avait rien à faire ici... elle a été hospitalisée dans les jours qui suivirent.

Que faire alors, pour moi psychiatre hospitalier s'occupant de précarité, qui voit passer des situations similaires très régulièrement, trop peut-être ? Sur un plan strictement technique, j'avais fait mon travail en traitant cette décompensation délirante d'une « Psychose Hallucinatoire Chronique » avec effondrement mélancoliforme (que je pourrais même affecter d'un code DSM, si j'étais rigoureux...). Pour autant, en était-je quitte ?...

On en a discuté, avec sa psychologue, avec l'équipe médico-sociale qui la suit... Nous avons alors convenu, à chaud, et après l'avoir faite hospitaliser rapidement, de faire un courrier aux médecins experts pour tenter d'argumenter de façon plus approfondie, espérant par là obtenir un réexamen du dossier avant que la décision définitive du préfet ne tombe.

Tout n'était peut-être pas perdu !

La réponse des experts ne se fit pas attendre: elle était brève mais argumentée et continue à me remplir de perplexité: sur un plan technique, le dossier étant parti à la préfecture, il ne pouvait pas être ré-examiné, ce qui aurait plus clore le chapitre. Toutefois, le médecin expert que j'avais interpellé a cru bon de rajouter:

- que la décision avait été prise de manière collégiale par trois médecins, dont un psychiatre (ce qui je suppose devait pour mon interlocuteur accroître la crédibilité scientifique de l'avis rendu).

- ensuite, comme pour relativiser la portée de l'avis (et sa responsabilité, par là même), il m'expliquait que ça n'était qu'un avis consultatif, mais que le préfet n'avait pas rendu de décision, que donc tout était encore possible... en pratique, il faut savoir qu'à Toulouse, effectivement, si le préfet ne suit pas toujours les recommandations des médecins experts, ça n'est jamais au bénéfice du demandeur !...

- enfin, « last but not least », faisant preuve d'un cynisme qui aujourd'hui encore m'étonne et m'effraie, il rajoutait ce propos, que je cite textuellement : « nous sommes un Etat de droit. Si la décision du préfet était défavorable pour un titre de séjour, votre patiente pourra aller au TA (tribunal administratif) défendre sa situation. Il y a de nombreux avocats spécialisés à Toulouse qui font annuler au TA les décisions préfectorales, et votre patiente peut avoir recours à l'aide juridictionnelle » !

... et c'est effectivement ce qui s'est passé: il a fallu environ cinq longs mois pour que le tribunal administratif tranche en faveur de Mme B, en invalidant la décision préfectorale et en condamnant cette dernière à un réexamen du dossier, temps que la patiente a passé en clinique, son état nécessitant des soins dans un cadre d'hospitalisation complète (je vous laisse, au passage et si ça vous amuse, calculer le coût financier en matière de dépense de santé, de cet avis rendu) !

L'émotion durant cette période fût intense pour tous les intervenants, devant une telle situation, une telle injustice... le certificat que j'ai produit pour le tribunal administratif en témoigne. Au delà de l'argumentaire, il déborde de colère et contient mal l'indignation qui était la notre à ce moment là. C'était pour moi la première fois que je me laissais aller à sortir de « l'objectivité de forme » qu'un tel exercice exige d'habitude, me semble-t-il... autre entorse à ma pratique: je n'ai pas remis ce certificat en main propre à l'intéressée, qui n'était alors plus là pour que je le lui lise et commente...

En voici la teneur: l'argumentaire suit en fait assez fidèlement celui que j'avais développé dans le message envoyé au médecin expert:

- Il montrait d'abord ma consternation pour cet avis rendu, qui avait immédiatement généré des effets cliniques d'effondrement subjectif et rendu nécessaire l'hospitalisation rapide.

- Il expliquait en outre que cette femme délirante ne tenait psychiquement que de pouvoir poursuivre son parcours délirant qui, lui faisant fuir l'horreur, l'amenait toujours plus près d'une identification à un idéal. C'était donc le principe même de ce qui la soignait, que cette décision d'éloignement venait mettre en cause !

- Il contestait la décision de la commission, rendue au motif qu'elle pouvait trouver des soins psychiatriques adéquats en Algérie, expliquant qu'on ne pouvait réduire les soins au seul traitement médicamenteux, mais qu'il fallait prendre en compte le cadre de vie, seul élément véritablement thérapeutique ici. Par ailleurs, il mentionnait que la maladie psychiatrique dont souffrait cette femme est chronique: elle se soigne et peut s'équilibrer parfois sur des périodes plus ou moins longues, mais ne se guérit pas, au sens d'une « normalisation » définitive et stable du rapport à la réalité ! ...Prendre la décision de soigner une personne atteinte de ce type de troubles nous engage donc nous aussi, soignants, à long terme !... (ce qui est vrai pour tous ceux qui prennent soin d'elle... il ne peut pas y avoir de limite subjective à notre engagement...) Ici, Il en résulte qu'on ne peut pas décider de l'interruption des soins sans risquer une décompensation brutale de l'état clinique.

- Enfin, se plaçant sur un plan éthique et de « bon sens », il affirmait que le refus brutal et inopiné d'une institution administrative représentant l'État, de reconnaître à une personne en exil, le droit au renouvellement de son statut administratif (quel qu'il soit), là où, pour les mêmes motifs, cette institution l'acceptait jusque là, est assurément vécu par elle comme un reniement s'apparentant à un véritable déni d'existence aux effets subjectifs ravageurs (dans ces situations, les gens expriment souvent l'impression voire la certitude qu'ils sont traités de « menteur » par une institution systématiquement suspicieuse et les mettant toujours en devoir de justifier leur présence et jusqu'à leur existence... « excusez moi de ne pas être mort entre les mains de mes bourreaux »)... mais ici, « c'est en effet comme si l'institution, qui jusque là était protectrice en accréditant le récit qui subjectivait le demandeur (à plus forte raison quand ce récit est délirant et engage à ce point le narcissisme de la personne qui s'en soutient, comme c'est le cas ici) devenait tout à coup rejetante, en en jouissant comme d'un objet qu'on prend et qu'on rejette sans raison compréhensible, se déroband à ses attentes dans un acte d'abandon subjectif, le faisant vaciller alors au bord du vide (on parle de « dé-solation ») avec des risques d'effondrement narcissique importants ». C'est là, je pense, la raison principale de la décompensation anxieuse massive qui a valu à Mme B. sa nouvelle hospitalisation.

J'espère que les arguments ont touché leur but, plus que l'émotion contenue dans certificat. Peut-être me leurrais-je en pensant que les juriste sont des techniciens qui motivent leurs avis par autre chose que l'émotion ressentie... Du reste, mon certificat ne représentait certainement qu'un des éléments du dossier qu'a du constituer l'avocat pour la défense de sa cliente (qui à ce stade là, n'apparaissait plus comme une patiente, au regard de l'institution)... Peut-être par contre ont ils entendu quelque chose de l'ordre de la jouissance. Car il est, je pense, question de jouissance, d'abord dans le registre hystérique de mes propos, dénonçant avec colère et indignation cette autre jouissance, pour moi insupportable : jouissance du maître faisant de cette femme le pur objet d'un Autre institutionnel et administratif pouvant en disposer à bon droit: puisqu'elle n'était pas éligible au rang de « patiente », objet médical digne d'entrer dans le champs de la Loi, elle pouvait toujours tenter de s'y inscrire sous la rubrique de « justiciable », pour y acquérir une existence ! Il est à noter au passage que la scène juridique semble en définitive être le seul lieu où finisse par apparaître les exclus en général, les migrants en particulier, remettant ainsi au goût du jour ce qu'écrivait Hannah Ahrendt en d'autres temps plus marqués encore qu'aujourd'hui par les déplacements de population, lorsqu'elle théorisait la figure du « paria », catégorie de la population qui ne peut apparaître dans le champs du social que sous la rubrique du contrevenant à la loi, car il est constamment déjeté par l'autorité hors de l'ordre institutionnel, qui fabrique ainsi perpétuellement de l'hétérogène (on revient aussi aux propos de Judith Butler cités précédemment). Il s'agissait donc certainement d'une jouissance contre une autre jouissance...

A propos de jouissance, je voudrais revenir sur ces mots du médecin expert, qui ne cessent de m'interroger, ayant vraiment du mal à comprendre dans quel registre nous nous trouvons: s'agit-il d'une parole résultant d'une conscience professionnelle absolue et sans faille, ayant mis à l'écart toute subjectivité dans une décision prise sur des critères purement techniques et objectifs, ce qui nous renverrai encore du coté de Hannah Ahrendt et de son concept, certes décrié, de « banalité du mal »? Y a-t-il là véritablement une jouissance sadique à l'œuvre qui avance masquée, du type de la « Schadenfreude » dont on voit poindre par ailleurs dans notre société surmédiatisée les exemples de plus en plus nombreux, à l'heure ou le discours politique pour être audible doit se caler sur les thèmes développés par une droite extrêmement décomplexée, « problèmes » de l'immigration, droit du sol et du sang... ? En effet, on entend de plus en plus dans le discours des hommes politiques, relayé par l'homme de la rue, le « migrant » présenté comme un contrevenant à la loi et comme un justiciable: fauteur de troubles à l'ordre public, délinquant, criminel, violeur de « nos » femmes... Nous savons bien comment cette façon de fabriquer de l'étranger peut être le prélude à l'élaboration d'une « communauté nationale » dont à tout moment chacun peut se trouver exclu, ce qui alimentera immédiatement cette jouissance du malheur de l'autre et le réconfort, très temporaire, d'être en sécurité du bon coté !... « qu'un sang impur vienne donc abreuver nos sillons ! »...

Dans une société de ce type, tout le monde finit par avoir peur... et peur avant tout d'être, « remplaçable », interchangeable, à tel point qu'on préfère se réduire au silence, abdiquant sur notre éthique, sur notre singularité, sur cette part de soi qui nous rend sujet d'un état de droit, devenant ainsi collaborateurs d'un projet institutionnel qui nous échappe⁶.

Aussi, au delà de la jouissance, il me semble que les paroles de ce médecin expert peuvent aussi rendre compte des effets du discours ambiant générant cette peur, qui nous concerne tous et que je rencontre de plus en plus fréquemment dans mon exercice de psychiatre qui navigue dans certaines institutions du champs social et médico-social au titre de la supervision... c'est une peur que nous éprouvons tous, je crois, en tout cas qui nous concerne et contre laquelle nous avons tous à lutter pour exercer notre métier, menacés que nous sommes, dans notre éthique, par un cadre de plus en plus incertain, à la fois rigide et vacillant, dominé par le contrat, la procédure et la protocolisation des actes, mais susceptible à tout moment de se retourner contre nous si nous ne montrons pas que nous sommes conformes, et qui ferait de nous-même les exclus et les parias, en nous mettant toujours en position d'être remplacés si nous ne collaborons pas, ce dont nous nous imaginons être protégés par notre statut, mais pour combien de temps ? Ainsi dans les CHRS, les foyers d'hébergement d'urgence, on rencontre des accueillants de plus en plus mis à mal, contraints d'adhérer à des politiques institutionnelles mues par le chiffre et visant à faire rentrer la singularité dans une normativité dont le « projet de vie » constituerait la forme aboutie... du côté sanitaire : infirmiers, psychologues, médecins eux aussi assignés à la politique du chiffre, de l'évaluation, de la mise aux normes et de la standardisation des soins... Est-ce que la vision de Roland Gori est excessive et caricaturale, qui pour rendre compte de l'incapacité de nos sociétés démocratiques à « digérer » le libéralisme économique contemporain, écrit: « ... *les professions sont organisées non pas en fonction de l'éthique, des valeurs morales, de la finalité des métiers qui sont les leurs - soigner, éduquer, accompagner - mais les métiers se voient transformés en modules techniques et comptables. Lesquels permettent de rationaliser les moyens, de les réduire, transformant de plus en plus ces professionnels en robots accomplissant des tâches décidées par des experts...* »⁷?... c'est encore Roland Gori, qui s'insurge contre « *l'imposture d'une évaluation tayloriste de nos métiers* » où il nous faut sans cesse nourrir la bête, en donnant indéfiniment la preuve que nos métiers ont de bonnes raisons d'exister car ils satisfont à des cahier des charges de plus en plus procéduraux... là aussi au fond, comme pour le migrant, le sujet n'apparaît plus que comme suspect, donc « justiciable », sommé de justifier de sa conformité au projet de l'Autre...

⁶ Thématique centrale du livre de Cynthia Fleury: « les Irremplaçables », Gallimard, 2015

⁷ Roland Gori: « *revendiquer l'art du métier* » in Lien Social 1227 - p.13

De ce point de vue, nous sommes tous des migrants, figure archétypale de la précarité contemporaine, car « remplaçables » si nous refusons de nous assimiler, c'est à dire de collaborer au projet de l'autre (expert) au détriment de notre savoir faire, de notre éthique et de nos singularités subjectives, faisant de nous tous, ni plus ni moins, des objet de consommation standardisés car dépouillés de subjectivité, de symptôme...

Finalement, à travers les péripéties de cette femme, qui aujourd'hui ne va pas bien, mais va mieux, ce qui apparaît, c'est la clinique de la scène sociale contemporaine, clinique de la peur, de la haine et de la honte, de la désintringation pulsionnelle et de la jouissance, qui se déploie dans le cadre de notre société post-moderne, où chaque individu se trouve être la variable d'ajustement de l'autre, toujours susceptible d'être « remplacé », où pour avoir accès à la jouissance consumptive, il doit collaborer au projet commun, sous peine d'être soi-même consommé et exclu. Mais pour finir en revenant sur la situation de Mme B., je pense quand même que ce qui a permis à cette femme de tenir, et d'arriver à l'autre bout de cette épreuve, qui aurait pu lui être épargnée, c'est la position fermement tenue qui transparaît à travers l'argumentaire adressé au médecin expert et au juge, dont je me fais l'écho mais qui est celle de tous les partenaires, qui n'ont pas cédé et sans lesquels ne se serait pas dégagé un lieu qui tienne pour elle, évitant l'effondrement, le sien en miroir du lieu de l'Autre, dénoncé, qui lui, vacille depuis longtemps.

Ainsi, ce qui permis à cette femme de tenir, ce sont bien :

- les équipes de médecins, de travailleurs sociaux, de psychologues qui l'entourent et l'accompagnent au quotidien et qui sont resté proches d'elle à la soutenir sans ménager leur temps et leurs efforts et sans céder au désespoir,

- le psychiatre de la clinique où elle est restée près de cinq mois, pour qui soigner quelqu'un le temps qu'il faut, a plus de poids que d'assurer le turn-over dans ses lits, au risque de faire mentir les statistiques de durée moyenne de séjour, dans des lieux accrédités où l'on oublie souvent que le soin commence par l'accueil,

- et surtout, l'équipe socio-éducative de la maison relai (et sa direction), qui a accepté, de manière dérogatoire et sans aucune assurance, de garder sa place à cette habitante, le temps qu'il a fallu pour qu'elle puisse effectivement revenir y habiter !

Peur, haine, honte... et abdication: c'est je crois, ce contre quoi il s'agit pour nous tous, au quotidien et dans la singularité des situations rencontrées, de résister, pour ne pas céder sur notre désir de soigner, d'accueillir et d'accompagner. Ne pas céder sur notre éthique citoyenne, face au discours qui nous assigne à des identités de plus en plus étroites et pré-formées... « malades », « professionnels », « malades professionnels », avant de nous balayer purement et simplement, faisant de nous des êtres sans qualité, des sujets sans symptôme, des justiciables, des parias !...