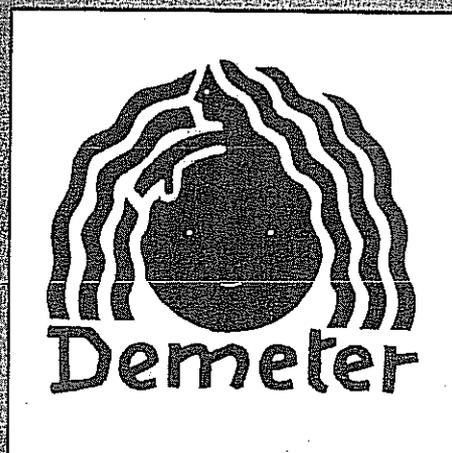


REVUE INTERNATIONALE d'ÉTUDES TRANSCULTURELLES  
ET d'ETHNOPSICHAANALYSE CLINIQUE



MALTRAITANCE  
ET CULTURES

Première année  
N°2 - Décembre 1998  
Éditions ARTCOM'

Directeur de Publication :  
MOKOUNKOLO René  
Président de l'association DÉMÉTER

Rédacteur en chef :  
ONDONGH-ESSALT Etsianat

Secrétaire de Rédaction :  
Docteur BAN Jean-Claude

Comité Scientifique :  
Pr BEAUCHESNE Hervé  
Dr BENNEGADI Rachid  
Pr CHARLES-NICOLAS Aimé  
Dr COUTANCEAU Roland  
Pr GALACTEROS Frédéric  
GEADAH Roland-Ramsi  
HAMON Hervé  
M'BOKOLO ELKIA  
Pr LAPASSADE Georges  
Dr PERREN-KLINGLER Gisela  
PIAULT Marc-Henri  
Pr REINERT Philippe  
ROUCH Jean  
Dr STERLIN Carlo

Comité de Rédaction :  
Dr BAN Jean-Claude  
Dr BETHOUT Maryse  
BOURDIN Marie-José  
CUCHE Denys  
HICKEL Françoise  
JOVELIN Emmanuel  
MOKOUNKOLO René  
ONDONGH-ESSALT Etsianat  
PAQUETTE Didier  
SOUKHAVONG Khamsay Pierre  
STORK Hélène E.  
TRILLES Evelyne  
YAHYAOUI Abdessalem  
ZEMPLENI András  
Dr THEODORE Francis

ADMINISTRATION & ABONNEMENT  
Association Déméter  
La Case de Déméter de l'Essonne  
5, avenue Condorcet  
91262 Juvisy-sur-Orge  
Tél. : 01 69 45 88 00 - Fax : 01 69 45 11 00  
© Déméter, 1998  
Commission paritaire en cours  
ISBN : 2-912741-23-8  
Imprimerie Siraudeau, Angers

Éditions ARTCOM  
53, rue Boissière 75116 Paris

CORRESPONDANTS

AFRIQUE  
CONGO (Les deux rives) : NTSOKINI Dieudonné,  
NZALAMOU Didier, Dr MITSONSA Abel  
CAMEROUN : EZEMBE Ferdinand, Dr FODZO Léon  
CÔTE D'IVOIRE : NDA-KONAN Florence  
GABON : ERANGAH-IPENDO Isabelle  
MAGHREB : CHOUKRI Fatima, BOUNEB Khemissi  
SÉNÉGAL : N'DIAYE Ousmane,  
Pr SYLLA Omar  
MALI : Pr KOUMARÉ Baba

ANTILLES ET CARAIBES

GUADELOUPE : DANABÉ Christian, Dr JANUEL Dominique  
HAÏTI : MAROTTE Cécile, NLANG Aby  
MARTINIQUE : DORIVAL Gilberte  
RÉUNION : GOVINDAMA Yolande, Dr REVERZY Jean-François

AMÉRIQUE DU NORD

CANADA - Comité de lecture : Dr RAPHAEL Frantz,  
CARDINAL Nicole, ROMANO-TORAMANIAN Jacqueline,  
Dr ROUSSEAU Cécile, Dr JIMENEZ Vania  
ÉTAT-UNIS : DEAN Brenda, AHLSTROM-NARSTRY Lisa

AMÉRIQUE DU SUD

COLOMBIE et MEXIQUE : PRIOULT Françoise

ASIE DU SUD-EST

VIETNAM : Dr LOUONG Can-Liem, N'GUYEN Dung

EUROPE

SUISSE : Dr METRAUX JEAN-CLAUDE, Dr FLEURY François  
BELGIQUE : Dr WOITCHIK Philippe  
ALLEMAGNE : BRAUNSCHWEIG Mary  
PAYS-BAS : Dr STERMAN Django  
FRANCE : Dr GAUBERT Martine (P.M.I.), Dr MARTORELL  
Arnaud (Secteurs psychiatriques), GIRODET Dominique  
(Enfance maltraitée), Catherine KONSTANTINOVITCH  
(Justice), HICKEL Françoise (P.J.J.), Dr VEISSE Arnaud  
(COMEDÉ) et des questions de demandeurs d'asile en France,  
DAHAN Jocelyne (Médiations familiales)

Note de la rédaction

Les textes doivent être adressés en trois exemplaires dactylographiés avec une interligne et demi et ne doivent pas dépasser une vingtaine de pages (sur disquette Word pour PC ou Mac). Les articles n'engagent que leurs auteurs. Les notes et les références bibliographiques sont réunies en fin d'article et présentées selon les normes internationales de rédaction. Un résumé de fin d'article, d'une douzaine de lignes et ses traductions en anglais et en espagnol, ainsi que les mots clés doivent accompagner le texte. Le Comité de Rédaction donnera une réponse aux auteurs dans un délai de deux mois et demi. Les manuscrits non utilisés ne sont pas retournés et la R.I.É.T.E.C n'est pas responsable des manuscrits égarés.

Ce numéro est publié avec le concours de la Ligue Française pour la Santé Mentale « Mission Enfants Martyrs » et du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

## Sommaire

Première année - N° 2  
Décembre 1998

## MALTRAITANCE ET CULTURES

### 5 EDITORIAL

#### PROBLÉMATIQUES CONCEPTUELLES, THÉORIQUES ET CLINIQUES

9 Pour en finir avec la notion de « culture d'origine » appliquée aux immigrés. *Par Denys Cuche.*

21 La rencontre interculturelle : point de vue ethnopsychanalytique. *Par Etsianat Ondongh-Essalt.*

33 Maltraitance à enfants : A propos d'une histoire de « performances scolaires ». *Par Jean-Claude Ban.*

#### LES EXPÉRIENCES DES PROFESSIONNELS DE TERRAIN (MEDICO-PSYCHO-SOCIO-EDUCATIFS ET JURIDIQUES)

45 Maltraitance et culture : L'expérience d'un service de pédiatrie. *Par Pierre Zamet et Danielle Martins.*

61 L'exclusion maltraitée. *Par Jean-Claude Métraux.*

#### LES DOSSIERS DES MIGRATIONS, DE L'EXIL ET DES EXPÉRIENCES INTERCULTURELLES

71 L'Excision : entre l'argument culturel et le crime - quel compromis ? *Par Marie-Jo Bourdin.*

83 La communauté haïtienne et l'accès aux soins publics clinico-hospitaliers (L'influence des représentations et des pratiques religieuses du vaudou à Montréal). *Par Robert Moreau, Frantz Raphaël, Sélim Rashed.*

#### LE BLOC-NOTES DE DÉMÉTER

101 Notes de lecture

De Marie-Rose Moro : *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Dunod, septembre 1998, par Etsianat Ondongh-Essalt

**L'EXCLUSION MALTRAITÉE**

MISTREATED EXCLUSION

Par Jean-Claude Métraux\*

---

Mots clefs : Exclusion ; Réseau de soins ; Maltraitance ; Culture

Key words : Exclusion ; Care network ; Mistreatment ; Culture

**Résumé**

Lors d'une conférence récente, un titre étrange, « *Le réseau de soins psychiques a-t-il besoin d'un psychiatre ?* », m'avait été proposé. J'ai ainsi successivement réfléchi aux maladies du réseau, aux thérapies du réseau et à l'identité du thérapeute idéal. Trois maladies principales m'ont d'emblée attiré l'attention : *l'exclusion exclue, le thérapeute exclu et le réseau exclu*, les deux dernières ne constituant d'ailleurs que des pathologies secondaires dérivées de la première. Quant aux thérapies, ne devraient-elles pas alors toutes chercher à (ré) introduire l'exclusion dans le souvenir, le discours et la pratique des intervenants ? Qui mieux que l'exclu lui-même pourrait y parvenir ? Le présent article me permet d'élaborer ces réflexions.

**Abstract**

At a recent conference, I was presented with a strange title : « Does the psychic care network need a psychiatrist ? » I then thought about the illnesses of the network, about the therapies of the network, and about the identity of the ideal therapist. Three principle illnesses, of which the last two are simply secondary pathologies derived from the first, immediately drew my attention : the excluded exclusion, the excluded therapist and the excluded network. As far as the therapies, should they not be trying to (re) introduce exclusion in the discourse, the memory, and the practice of the contributors ? What better than exclusion itself could reach such a goal ? The present article allows me to elaborate on these reflections.

---

\* Jean-Claude Métraux, Pédopsychiatre, Appartenances, Rue des Terreaux 10, C.P. 54, 1000 Lausanne 9.

## INTRODUCTION

Ma pratique m'a montré, dans les situations de maltraitance impliquant des familles d'origine culturelle différente, que le réseau naît, croît, s'entortille et s'emballe lorsque les clients sont aux prises avec une problématique d'exclusion<sup>1</sup>. Dans un article précédent, j'ai écrit que « l'exclusion apparaît lorsque la dimension sociale des définitions attribuées à la santé est exclue et que l'on s'en tient à une définition individuelle qui exclut l'autre » (1).

Je pense que cette définition est plus que jamais valable. Ainsi, un réseau émergerait lorsqu'un intervenant, spécialiste d'une définition du symptôme et donc d'un langage, ne se sent pas capable de répondre à la problématique globale d'un enfant ou d'une famille : ses lunettes à foyer unique ne lui permettent pas de déceler le champ de l'exclusion dans les marges de son champ visuel. Les structures de soins (sanitaires, sociales et pédagogiques) ne pourraient alors offrir une prestation adaptée. La vie mouvementée du réseau serait donc une conséquence de l'incapacité commune aux clients et aux intervenants à construire entre eux une passerelle qui préviendrait tant l'exclusion des psys et des sociaux face aux populations marginales que celle des exclus face aux professionnels détenteurs d'un savoir non communicable dans le langage des marges.

Les coordonnées de ma grille de lecture ayant été précisées, je tenterais de répondre successivement aux trois questions suivantes : Quelles sont les maladies du réseau ? Quelle thérapie peut-on lui proposer ? Quel thérapeute lui conseiller ?

## LES MALADIES DU RÉSEAU

Je commencerais par un exemple.

*Sanije, jeune fille albanaise du Kosovo, âgée d'environ quatorze ans, fugue pendant un week-end entier. A son retour, son père la frappe violemment. Hôpital, Service de Protection de la Jeunesse, enseignants et infirmières scolaires, bientôt toute l'armée psychosociopédagogique se met en branle pour traquer le coupable de ces mauvais traitements et mettre la jeune fille à l'abri d'une récidive. La page qui jusqu'au vendredi précédent était restée blanche sur le registre des familles à problèmes très vite ne suffira plus pour y consigner le récit de ce roman, finalement autant institutionnel que familial.*

<sup>1</sup> En Suisse comme ailleurs, le réseau comprend un ou plusieurs thérapeutes, un ou plusieurs travailleurs sociaux ou/et éducateurs, un ou plusieurs enseignants. S'y joignent parfois des intervenants de la sphère judiciaire - juge de paix, tuteur - et/ou des soignants somatiques - infirmière, médecin -.

*Deux mois plus tard, à la veille de vacances scolaires, l'état d'alerte se maintient. Un "couvre-feu" est même instauré afin d'empêcher le départ de Sanije au Kosovo et éviter ainsi son mariage intempestif selon la coutume des mariages arrangés : la plupart des intervenants craignent en effet une telle issue qui réduirait à néant leurs efforts. Finalement, tout rentre apparemment dans l'ordre.*

*Le temps passe. Les semaines s'égrènent sans trop d'à coup lorsqu'à la demi-surprise de tous, l'école s'émeut devant les débordements de Sanije. Elle ne respecte plus aucune limite. Vient à l'école quand elle veut. Fume dans les corridors. Déclare à tous quelle est enceinte, ce qui sera bientôt infirmé par le gynécologue. Pendant de nombreux mois, personne ne s'était soucié réellement de sa fugue et de son comportement car l'attitude du père était au centre des préoccupations et de la vigilance des institutions impliquées : voilà que Sanije, par ses conduites, rappelait à tous quelle était une adolescente à la recherche de points de repères qui pour l'heure sont évanescents.*

*La suite, je l'abrègerai. Le père démissionne et déclare aux services sociaux que, vu son incompétence avérée, il leur délègue ses compétences parentales. La cadette de douze ans emboîte bientôt le pas de son aînée et disparaît dans la nature plus souvent qu'à son tour. Les intervenants se mettent à vouloir cadrer les deux sœurs qui, se sentant trahies par leurs anciens protecteurs, trouvent refuge et soutien chez les membres d'une secte pour qui l'Islam fait figure de diable. Bref, tout va mal malgré les contorsions d'un réseau en extension continue.*

*Et, un jour nous apprenons que peu avant la première fugue de Sanije, la famille entière avait reçu une nouvelle dramatique : le permis de séjour B du père, et donc aussi de la mère et des enfants qui avaient effectué toute leur scolarité en Suisse, ne serait pas renouvelé. Cet homme qui avait suivi le long chemin de croix du saisonnier avant de recevoir un permis annuel, qui suite à un accident s'étant vu attribuer une rente-invalidité, devrait rentrer dans un pays natal entre guerre et paix avec les enfants dans ses bagages. Alors la fugue : une maladroite tentative d'échapper à l'exclusion ?*

Je laisserais cette question ouverte car mon but, en narrant cette situation, se limite à offrir un support à mes réflexions sur les maladies du réseau. J'y distingue trois types que j'analyserai successivement : l'exclusion exclue, le thérapeute exclu et le réseau exclu.

### L'exclusion exclue

Cette maladie se caractérise d'abord par une inadéquation entre l'objectif du réseau et celui de la famille : alors que le réseau vise la suppression des symptômes de l'exclusion, la famille, quelle en soit ou non

consciente, recherche la sortie du tunnel dans lequel l'exclusion sociale l'a reléguée. Comme chaque membre du réseau utilise sa propre loupe cognitive, langagière et institutionnelle, il y a autant de symptômes que de membres du réseaux : soit chacun de ceux-ci s'occupe d'une personne ou d'un symptôme clairement différencié, soit chacun donne d'un même symptôme une définition diagnostique différente. Cette fragmentation diagnostique aboutit rapidement à une fragmentation des objectifs et tous les intervenants perdent de vue ce qui les rassemble au chevet d'un même drame : l'exclusion de ses protagonistes. Comme cette exclusion, préoccupation dominante d'une famille qui se sent sans prise sur son destin, est exclue du discours des intervenants, et donc de la pratique du réseau, on assiste à l'amorce d'une spirale infernale où, à chaque tour - à chaque réunion du réseau -, l'exclusion est encore renforcée. Les symptômes bien sûr suivent le même mouvement et le réseau, dans un aveu d'incompétence, partira à la recherche d'un « n » ième spécialiste au microscope plus performant. Et la toile d'araignée tissée par le réseau étend encore ses ramifications dans l'espoir, bientôt déçu, d'emprisonner sa proie.

#### *Le thérapeute exclu*

Cette autre pathologie du réseau résulte d'un dysfonctionnement de, celui-ci en tant que groupe ou système. Comme groupe, sa dynamique n'est pas différente de celle d'autres groupes et des mécanismes défensifs y voient le jour telles les identifications idéalisantes ou projectives à un leader tantôt positif tantôt négatif, tel le « choix » d'un bouc émissaire censé porter sur son dos le poids des attentes frustrées des autres membres du groupe, ou encore telle la recherche d'un Messie qui miraculeusement viendrait sauver le groupe menacé par ses déchirements internes. Comme système, le réseau perd de vue sa fonction première et des fissures viennent menacer son unité. Des sous-systèmes aux fonctions parfois opposées émergent progressivement, les uns, pour schématiser, adoptant un rôle protecteur vis-à-vis du client, les autres revêtant les habits d'un Surmoi coercitif et punitif. Pour ajouter à la confusion, le protecteur des uns - s'il s'agit d'une famille - sera plaignant vis-à-vis des autres, et vice versa. Entre ces sous-systèmes, les fils de la communication seront bientôt altérés, voire coupés. En résumé, le réseau rejoue en son sein la dynamique de l'exclusion, chaque intervenant devenant la poubelle de l'autre ou des autres. Comme le réseau de surcroît constitue souvent le seul réseau social de l'exclu, une telle reproduction du jeu des interactions exclusives au cœur même de la microsociété qu'il forme ne saurait nous surprendre, la responsabilité du statu quo lui étant en quelque sorte déléguée par la société à laquelle ses membres appartiennent.

Le maillon central de cette chaîne pathogène est à chercher dans la première maladie que j'ai décrite, *l'exclusion exclue*. L'exclusion étant exclue du discours des intervenants et des objectifs que le réseau s'est assignés, elle ne peut que revenir s'imposer au galop, quoique sous une forme déguisée. Comme toujours, l'évitement ou le déni a un prix, parfois très cher. Une fois ce maillon central atteint par la rouille, les autres seront rapidement contaminés, voire céderont. Ces autres maillons, ce sont les psychologies des divers membres du réseau avec qui la problématique de l'exclu entre, qu'on le veuille ou non, un jour en résonance. Car chacun, à un degré ou à un autre, a vécu l'exclusion dans sa propre chair. Suivant la nature et la souplesse des mécanismes défensifs que chacun a alors érigés, peuvent surgir des attitudes de condamnation, de repli ou de protection qui offriront un chemin royal à la propagation de cette pathologie que j'ai nommée *le thérapeute exclu*.

#### *Le réseau exclu*

Par *réseau exclu*, j'entends le passage de la situation, souvent plus fantasmagique que réelle, où le réseau encadre l'exclu, à celle dont le cauchemar se mue si fréquemment en réalité, où l'exclu tire les ficelles d'un réseau transformé pour l'occasion en théâtre de marionnettes. Point de contact obligé entre les divers intervenants, si ce n'est en chair et en os du moins en esprit, l'exclu, dans ce microcosme qui constitue parfois son seul réseau social, se trouve projeté pour une fois au centre d'un monde et on peut aisément comprendre qu'il ne souhaite pas désertir de si tôt cette place enviable. Il renverse donc à son avantage la dynamique de l'exclusion, faisant preuve à cette occasion de ressources qu'aucun n'aurait probablement soupçonnés. Lorsque dans un mouvement de résistance, les membres du réseau étendent leur filet, il se dérobe en hâte cherchant refuge auprès d'un autre spécialiste qui bientôt viendra encore gonfler le réseau. Et paradoxalement, plus les mailles du filet seront serrées, plus le réseau devra absorber de nouveaux membres. Entre eux, bien sûr, la communication sera chaque fois plus difficile et les dysfonctions de groupe fleuriront à l'envi.

En fait, il ne faudrait pas faire de ces renversements hiérarchiques une maladie, l'exclu, d'objet du réseau, devenant enfin sujet dans un retournement qui permet la découverte de ses indéniables compétences psychiques et sociales. Mais ce serait perdre de vue le besoin de contrôle d'une société dont les intervenants sont des représentants institutionnels. Leur fonction, de plus, les place dans une position supérieure dans la hiérarchie sociale, vis-à-vis de leurs clients, et personne ne désire tomber d'une échelle ! Ainsi le réseau, ne pouvant tolérer ce qu'il vivrait comme une défaite, n'aura cesse de remettre les choses et les gens à leur place,

quitte à prolonger et renforcer l'exclusion, et donc ses symptômes. Devant la perpétuation de ceux-ci, signe de l'échec de sa mission, il n'y aura alors plus qu'à en rendre le client responsable. Verdict rédhibitoire : Inguérissable!

Avant de nous pencher sur les thérapies du réseau, je vous propose de relire l'histoire de Sanije. L'illustration de ces trois maladies est éloquente et ne nécessite pas d'autre commentaire. Peut-être faut-il seulement relever que la conjonction de celles-ci n'est pas casuelle : elles s'engendrent les unes les autres à chaque fois que le réseau s'enferme dans la négation pure et simple de l'exclusion comme problématique centrale. Corollaire à vérifier dans votre pratique quotidienne : le réseau fonctionne lorsque le client n'est pas ou ne se sent pas exclu, en d'autres termes lorsque l'exclusion fantasmée de l'exclu est évitée.

### LES THÉRAPIES DU RÉSEAU

Face à une *exclusion exclue*, la thérapie passe, pour les intervenants du réseau, par un changement de casquette. Il s'agit de les aider à changer de focus, à se centrer sur la problématique de l'exclusion en prenant en compte sa dimension sociale et à tisser un réseau de similitudes entre eux et le client. En se reconnaissant par endroits semblables à l'exclu, les intervenants intégreront celui-ci dans leur réseau et ce faisant interrompront la spirale de l'exclusion. Alors, changer de casquette? Oui : cesser d'agir comme spécialistes d'un symptôme pour devenir acteurs et co-auteurs d'une solidarité avec l'Autre. De telles similarités sont à chercher dans nos expériences personnelles d'exclu, de migrant, de malade, d'élève, d'adolescent, de parent, etc.... Comme dans ces ateliers de formation à Appartenances où nous demandons à chaque participant de faire part des mouvements de sa famille au cours des deux dernières générations et où chacun peut s'apercevoir que les véritables autochtones sont rares. Parfois même, quitter son village pour rejoindre une ville distante d'une dizaine de kilomètres, lorsque l'urbanisation a été vécue comme le témoin péremptoire de l'échec d'une génération de paysans acculés à la faillite, signifie une traversée du désert plus « traumatisante » qu'une traversée des océans.

La similarité première est bien sûr à rechercher dans l'exclusion elle-même. Et les membres du réseau, pour (re) vivre dans leur chair les sensations et émotions de l'altérité radicale, n'ont besoin ni de voyager aux antipodes, ni de retourner par le chemin enfoui des souvenirs au préau du collège où les plus forts les tenaient à l'écart des jeux de football ou d'élastique : l'exclusion est là, tout prêt, à portée de main au cœur même du réseau. Daignons seulement, pour la trouver, entrouvrir la

poubelle et y jeter un regard furtif. Et plus souvent qu'à notre tour, nous y découvrirons notre image, cet autre moi dont l'évidence, d'ordinaire, nous fait fuir jusqu'à notre bureau pour y retrouver les parures faussement dorées de nos fonctions et statuts. Ainsi, le traitement de notre deuxième maladie, *le thérapeute exclu*, passe par la reconnaissance de répétition du jeu de l'exclusion sur la scène du réseau. Reconnaissance du jeu, mais aussi des rôles que parfois nous échangeons, celui des excluants et celui des exclus. Reconnaissance surtout du fait que nous en sommes les acteurs et les auteurs. D'où, certes, la nécessité de passer un moment dans les loges, devant le miroir, pour corriger notre maquillage et changer de costumes. Ôter le fard que dans la vie nous avons appliqué sur nos visages pour les protéger des intempéries. Laisser aux vestiaires les habits trompe-l'oeil que trop souvent nous revêtons simplement pour esquiver l'adversaire : l'exclusion. Et dès lors, tous, membres du réseau, nous pourrions prendre conscience de nos similitudes au delà des différences de titres et de spécialités : tous, nous sommes acteurs et au théâtre de l'exclusion, nos rôles sont interchangeables, l'excluant d'un jour devenant l'exclu du lendemain.

Mais une telle prise de conscience n'est pas encore suffisante. Le déguisement ne fait pas l'artiste. Sa connaissance de l'œuvre non plus. Il doit encore entrer dans la peau du personnage. Accepter de plein gré d'être un autre le temps du drame ou de la tragédie. La maladie du *réseau exclu* ne peut se soigner qu'à ce prix : accepter, nous, membres du réseau et personnel de la santé, du social ou de l'éducation, d'être, le temps de la prise en charge, les exclus d'un exclu promu au rang de metteur en scène qui, à l'épreuve du feu, reprend confiance en sa capacité de le vaincre. Ce n'est souvent qu'ensuite, après l'accomplissement d'un rituel théâtralisé où les rôles sont renversés, rite de passage autant que de guérison, que les exclus de hier pourront transposer leur savoir de la scène du réseau à celle de la vie. La thérapie du réseau doit donc permettre l'abandon de nos fantasmes partagés, quoiqu'on en dise, l'omnipotence ; non seulement nous encourager à lever le couvercle de la poubelle, mais aussi nous apprendre à y entrer et à de nous y salir les mains. Nous découvrirons alors qu'il s'y cache bien des merveilles, compétences et humour, expériences et projets. Dès lors, plus besoin de Messie, plus besoin de Bon Dieu salvateur, aussi tout-puissant qu'illusoire.

### LES THÉRAPEUTES DU RÉSEAU

Une fois définie la nature des médecines à proposer au réseau malade, reste à identifier les thérapeutes capables de les administrer. La tâche, en tout cas, est loin d'être simple. Et les compétences requises loin

d'être ordinaire : accepter de porter une casquette d'acteur social quitte à laisser dans l'ombre son couvre-chef de spécialiste du désordre d'autrui, débusquer les pratiques du réseau où transparaissent les résonances de l'exclusion avec le vécu de ses membres, pouvoir prendre un rôle « méta » dont le seul laurier à récolter sera, un temps du moins, la position d'exclu du réseau, être à même d'utiliser cette expérience intime comme source de connaissance, mettre en évidence l'appartenance commune au monde de l'exclusion qui le lie tant aux membres du réseau qu'aux clients exclus, aider les membres du réseau à en faire de même, abandonner avant qu'il n'en soit trop tard les vêtements de superviseur ou de leader du réseau afin que puisse émerger un microcosme de solidarité et d'entraide, sorte de laboratoire social, où chacun est le même de l'autre avant d'être son Autre.

Alors qui ? Le psychiatre ? Pourquoi pas, mais... Une telle proposition centrée sur l'étiquette universitaire ne dissimulerait-elle pas une erreur logique ? En effet, si je suis mon raisonnement seul l'abandon délibéré des labels peut garantir à terme la mutation de l'exclu en sujet connaissant et organisateur de son réseau social, en acteur et auteur de son devenir. Or, comme le réseau a tendance à reproduire en son sein la dynamique sociale de l'exclusion, l'effacement des titres doit aussi s'étendre aux membres des réseaux eux-mêmes, et en particulier à leurs thérapeutes. Cela ne signifie pas que le psychiatre ne puisse pas à l'occasion devenir le metteur en scène de tels changements sociaux, mais pas plus ou mieux qu'un autre, même s'il faut reconnaître aux « pys » la compétence théorique à démêler les écheveaux des résonances inconscientes d'une expérience externe, d'exclusion en l'occurrence, avec un vécu interne, résonances si fréquentes et dévastatrices parfois dans les liens entre membres du réseaux et/ou entre ceux-ci et l'utilisateur.

A d'autres égards, le psychiatre semble par contre plus mal loti qu'un autre : descendre de son piédestal de propriétaire du savoir, ou d'un savoir, est douloureux et paraît lui coûter particulièrement cher. Toutefois, il faut bien admettre que ces généralisations abusives ne nous mènent pas très loin. Il est plus utile de croire en la capacité de chacun d'agir de telles métamorphoses et de spécifier les attitudes qui, le cas échéant, peuvent en témoigner : un engagement social résolu contre l'injustice et l'exclusion, une valorisation du caractère de *réciprocité* de tout don échangé dans le cadre d'une relation d'entraide. Pour reprendre les termes de l'anthropologue Marshall Sahlins, à qui l'on doit la formule « *Age de pierre, âge d'abondance* » (2) et, bien au delà, la revalorisation de ces exclus néolithiques de l'Histoire que les sciences de l'Homme avaient trop longtemps associés à un passé de fictive pénurie, la paix aux confins d'une communauté ou d'une société ne peut être assurée qu'au prix d'une *réciprocité équilibrée* où le don engendre un contre-don dont l'acceptation

est nécessaire. Ainsi, seule la reconnaissance des dons que les exclus tentent souvent désespérément de nous offrir, du café turc ou bosniaque à ce sentiment d'assurance que la rencontre d'un pauvre, donne toujours au nanti, permet un rééquilibrage de la balance de réciprocité entre eux et nous. Elle conduira un jour les deux clans à enterrer la hache de guerre et à œuvrer ensemble à la constitution d'une communauté d'intérêts.

Les différences sociales et culturelles sont toutefois si abyssales entre un psychiatre et un chômeur, un psychologue et un requérant d'asile, un assistant social et un toxicomane, entre eux le dialogue de sourds c'est si longtemps perpétué, que l'apparente facilité d'un tel programme ne doit pas nous leurrer. Nos professions de foi ne changent rien à l'affaire. Serions-nous prêts demain à élire l'exclu, suprême contre-don, thérapeute du réseau, ce qui finalement il faut bien l'avouer, constituerait la solution la plus économique ? Non ! Alors, en attendant, le recours à des médiateurs culturels - cela vaut aussi pour les Suisses et les autres francophones ! - est incontournable (3).

J'entends par « médiateur culturel » - et je suis bien conscient ici que cette définition est assez lointaine des signifiés usuels de la « médiation » -, une personne qui partage deux appartenances : une appartenance commune, socioculturelle, avec l'exclu ; une appartenance commune, en tant que membre d'une équipe thérapeutique, avec les intervenants du réseau. Cette double appartenance de ce « médiateur culturel » montre *in vivo* aux autres protagonistes inclus et/ou exclus, qu'ils sont susceptibles de trouver un terrain commun. Il n'est donc pas à proprement parler un intervenant supplémentaire qui nous conduirait à tomber une fois encore dans le piège dénoncé : il est un même-autre, un inclu-exclu, un aidant-aidé. Pour assumer un tel rôle, il est évident que le « médiateur culturel » ne saurait être simplement un spécialiste d'une culture autre, ni même un professionnel partageant avec l'exclu une même langue maternelle et de même référents culturels. Il doit aussi et surtout avoir vécu personnellement des expériences d'exclusion. Ayant lui-même « trafiqué » un temps dans la poubelle, il sera le seul à pouvoir nous convaincre quelle n'est ni sépulture, ni abri d'ordures, mais au contraire seule demeure du « Bon Dieu ».

Un dernier mot. Le langage est le plus habile marqueur de l'exclusion. Entre nos jargons professionnels et le latin des prêtres, la distinction est infime. Vouloir sauver du naufrage le radeau des exclus sans adopter le langage des marins et des gens de la mer est utopique. Pire, nous risquerions alors de couler avec eux. D'où, dans ce texte, un abondant usage de métaphores, passerelles linguistiques au dessus des océans, entre notre continent de richesses à portée de main et ceux où vivent les exclus d'ici et d'ailleurs. Tentative personnelle pour (ré)

introduire l'exclu dans le monde de la communication. Premier pas pour prévenir la maltraitance de l'exclusion.

---

#### BIBLIOGRAPHIE

1 - METRAUX J.-C., MIHOUBI S., BROGLI N.

« Entraide et exclusion ». *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 115, 481-483, 1995.

2 - SAHLINS M.

*Age de pierre, âge d'abondance*. Paris Gallimard, 1976.

3 - METRAUX J.-C., ALVIR S.

« L'interprète : traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute ? » *Interdialogos*, Neuchâtel, (2), pp. 22-26, 1995.