



HAL
open science

Migration, alcoolisation et exclusion : enjeux et dispositifs

Claude Pawlik

► **To cite this version:**

| Claude Pawlik. Migration, alcoolisation et exclusion : enjeux et dispositifs. 2019. hal-02005203

HAL Id: hal-02005203

<https://hal.science/hal-02005203>

Preprint submitted on 2 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Migration, alcoolisation et exclusion : enjeux et dispositifs

Claude Pawlik, psychologue clinicien

L'équipe Bociak de l'association Charonne est une équipe à destination des migrants originaires d'Europe de l'est. Elle se compose d'éducateurs et de psychologues parlant une langue de cette zone géographique (polonais, russe, bulgare et roumain).

Les formes d'interventions sont diverses mais l'équipe n'a pas de lieu d'accueil propre, les intervenants se déplacent sur les lieux de travail des structures partenaires rencontrant ces populations de migrants précaires. Ainsi, les interventions prennent la forme de permanences (hebdomadaires, par exemple) au sein d'accueils de jour, de structures de soin et de prévention en addictologie (CAARUD, CSAPA), de centres d'hébergement, en maraude ou de façon ponctuelle sur le même type de lieu ainsi que des hôpitaux et d'autres services sociaux.

Ceci amène cette équipe à rencontrer des professionnels du soin, du social, des bénévoles (d'associations caritatives et/ou religieuses), des particuliers, des politiques, etc.

Cette constellation d'institutions et d'intervenants reflète l'intrication des problématiques de ces populations : précarité sociale et pauvreté économique, état de santé physique dégradé, souffrance psychique et addiction.

C'est dans ce contexte que j'interviens de manière plus spécifique sur des permanences dans des ESI (espace solidarité insertion, des accueils de jour parisien en direction des personnes à la rue) et au sein d'un CSAPA (centre de soins,

d'accompagnement et de prévention en addictologie) auprès de migrants polonais non francophones, le plus souvent en situation de grande exclusion.

Ainsi nous pouvons rencontrer ces groupes d'hommes rassemblés par leur langue, par les contingences d'un mode de vie lié à la survie et une consommation commune, d'alcool en particulier. Cette survie s'organise autour d'un temps réduit au présent à des besoins primaires (manger, dormir, boire), écartant le passé et sans horizon d'avenir, s'accompagnant souvent d'une absence de plainte subjective et parfois d'une plainte somatique, malgré un état de santé manifestement délabré.

Ces migrants ne parlent généralement que très peu la langue du pays d'accueil et éprouvent de grande difficulté à son apprentissage (sont invoqués en général l'âge et, éventuellement les méfaits de l'alcool sur la mémoire). Ici réside probablement le sens même de cette migration : ne pouvoir entendre ni être entendu, conduisant à une rupture des liens avec des pans entiers de son propre environnement.

Or, la demande, si demande il y a, concerne le plus souvent un objet de travail social (domiciliation, sécurité sociale, travail, hébergement) ou de sevrage à l'alcool, encore que les deux soient facilement associés. De plus, les demandes sont posées indifféremment auprès des intervenants (événements de vie douloureux auprès de travailleurs sociaux, demande d'hébergement auprès de psychologues).

Très tôt, au cours de ces rencontres, se dégage un scénario-type des raisons du départ du pays d'origine. C'est une préoccupation économique qui est dans un premier temps mise en avant, la recherche d'un emploi suite au délitement de la situation sociale. Il en ressort rapidement que ce délitement est souvent dû à une rupture ou une « trahison », c'est, par exemple, l'épouse qui meurt ou trompe

monsieur lors de son absence (parfois elle est enceinte d'un autre, du meilleur ami de monsieur par exemple). Cette perte s'accompagne d'un sacrifice (« *je lui ai tout laissé, la maison et les enfants* »), d'autres pertes, le travail en particulier, puis d'un départ plus ou moins rapide sans "projet migratoire" solide.

C'est ainsi dans un contexte préalable de délitement des liens qu'intervient la migration. L'alcool est souvent présent en amont de cette migration mais « l'alcoolisme » débute avec l'errance.

Nous sommes confrontés alors à des situations de double exclusion, exclusion sociale tout d'abord, liée à la rupture des liens, à l'incapacité d'en créer de nouveaux (à l'exception des concitoyens à la rue) et à la situation sociale qui en découle, exclusion de la langue, ensuite, situant ces personnes dans un non-lieu hors de tout lien et un non temps.

La clinique de l'exclusion (Furtos) montre que l'enjeu de ce phénomène est une exclusion du monde pouvant aller jusqu'à l'exclusion de soi, conduisant à des anesthésies somatiques et psychiques.

Nous voyons bien ici comment intervient le rôle des substances psycho-actives, en particulier l'alcool, renforçant ce rapport anesthésie (psychique)/exclusion. L'intoxication à l'alcool constitue un recours à la souffrance, dûe à ces pertes et ruptures, ressenties comme intolérables pour le sujet. Il s'agit de se soustraire à la réalité concrète et psychique comme ultime tentative de maîtrise.

Le sujet addicté, en concentrant tout son intérêt pour le produit, montre son impuissance ou son refus de créer des investissements, affectifs ou sociaux, au sein du monde extérieur.

Par la suite, l'alcool est aussi invoqué comme nécessaire à la vie à la rue, par le rôle qu'il joue dans les groupes et la sociabilité (Nauleau, Quesemand-Zucca, 2002). Cette consommation est le support d'une grande solidarité au sein du groupe, où le vol, la manche ou le travail, permettent de mettre en commun les moyens nécessaires pour s'en procurer. Mais il est aussi un support de solidarité hors du groupe, à travers le soutien des riverains (mais selon certains groupes d'autres acteurs du territoire, également des policiers !) Le produit est le seul recours permettant de faire la manche et de passer outre la honte qui en résulte.

La consommation d'alcool, solution pour apaiser la souffrance d'un passé trop présent, devient une condition de survie à ce présent et enferme la personne dans sa logique d' « auto-exclusion ».

Cette tentative de maîtrise de la souffrance par la rupture des liens a ceci de paradoxale qu'elle affirme une volonté d'indépendance et implique une grande dépendance au produit, mais aussi à des facteurs de son environnement.

Du fait de cette situation, toute demande renvoie à une demande d'acceptation inconditionnelle d'un intervenant mis en position de « toute-puissance ». Or, les exigences du soin et du travail social, comme l'engagement dans ces démarches, s'opposent à cette requête, entraînant des confrontations à des revendications parfois agressives voire violentes, ou des difficultés à gérer la frustration (attente d'un rdv, délivrance de médicament, aide financière, etc.).

Selon les différents points de vue, les biais encourus lorsque l'on parle de psychopathologie chez les migrants sont une sous-évaluation du rôle de la culture dans l'apparition et l'expression des symptômes, inférant par exemple l'universalité

de structures psychiques. A l'inverse l'on pourrait surestimer ce rôle, jusqu'à imputer à la culture la cause du symptôme. Enfin, il s'agit de ne pas confondre les déterminants sociaux liés à la situation migratoire aux facteurs culturels.

Ainsi, dans les situations décrites, la consommation excessive d'alcool constitue certainement un modèle d'inconduite (décrit par Linton, puis Devereux) mais nous voyons toutefois en quoi les effets psychiques de cette consommation s'inscrivent dans ceux de la migration et des processus menant à l'exclusion.

Quoiqu'il en soit, le recours à l'alcool propose une réponse immédiate à ce qui devient, non plus un plaisir, mais un besoin, rabattant le désir sur la sphère du besoin. Les effets repoussent différentes limites : Moi/non Moi, immédiat/différé, individu/groupe, continuité/discontinuité. Limites faisant barrage à la satisfaction immédiate.

Ce qui semble faire modèle ici, c'est le lien précoce infans/mère ainsi que la nécessaire transition de l'illusion d'omnipotence de l'enfant à la désillusion provoqué par l'adaptation suffisante aux capacités de l'enfant de la mère « suffisamment bonne ». Ce processus permettant à l'enfant une première expérience de la continuité d'existence.

L'illusion d'omnipotence évoque cette indépendance absolue de l'addict. La différenciation entre intérieur et extérieur nécessite cette adaptation de la mère, permettant à l'enfant de constituer un Moi autonome nécessitant perte, renoncement et identification.

Comme le souligne Winnicott, les phénomènes transitionnels vont perdurer tout au long de la vie à travers différentes sphères (culturelle, religieuse, etc.). Or, face à des ruptures répétées et/ou précoces, les solutions de symbolisation ou de

transitionnalité peuvent faire défaut chez ces ressortissant de pays ayant subi de grands bouleversements sociaux et politiques. Freud souligne le rapport entre la souffrance issue de la relation aux autres avec « la déficience des dispositifs qui règlent les relations des hommes entre eux » (Freud, 1930).

Cas

R. a actuellement 37 ans et vit à la rue en France depuis 8 ans. Il a été orienté par une structure de réduction des risques le recevant fréquemment pour distribuer du matériel (il est consommateur régulier d'alcool et de crack) et l'aider dans ses démarches.

Il vient d'abord sur recommandation du médecin concernant son addiction à l'alcool et évoque longuement la demande de rsa en cours, me demande comment je peux l'aider à ce sujet (l'assistante sociale de la structure s'en occupe déjà) et, en vient rapidement à expliquer qu'il dépense des sommes considérables dans ses consommations mais qu'il en garde toujours pour en envoyer à ses enfants en Pologne, enfants qu'il n'a pas vu depuis son arrivée en France.

Je le reçois ensuite avec son A.S. et nous faisons le point sur ses démarches et les demandes liées aux consommations. Il parle d'arrêt de l'alcool, pas du crack, mais en aucun cas ne souhaite recourir à une hospitalisation. L'AS lui rappelle leur disponibilité s'il change d'avis.

Par la suite, R. reviendra sur ses enfants et sur sa séparation d'avec son ex-femme qui l'a trompé pendant qu'il travaillait ailleurs. Revenu sans prévenir, il découvre le pot-aux-roses et tourne les talons sans réaction. Il demande alors le divorce et part

rejoindre sa mère à l'étranger jusqu'à la mort de son frère. Il part ensuite en France et vit à la rue.

C'est en évoquant cette résignation face à la trahison de sa femme qu'il parle d'une enfance, où, afin de séparer sa mère d'un père violent, il met son propre corps en jeu : il s'immole par le feu vers 3-4 ans, se fait tomber une armoire sur lui, fait mine de se jeter par la fenêtre, se jette dans le fleuve gelé, etc.

Peut-être, se dit-il, que sa mère a un problème avec les hommes violents, puisqu'elle s'est remise avec un autre homme, qui la battait, suite au divorce.

Quant aux consommations, il les évoque comme des "brises soucis", permettant de ne plus penser (il dit trop penser), et de partager des moments avec des groupes d'amis dans les mêmes dispositions que lui.

Dernièrement, il a décidé d'arrêter de fumer pour des raisons financières, voulant, s'il obtenait le RSA, retourner une semaine ou deux en Pologne et reprendre contact avec ses enfants.

Conclusion

Face à ces complexes agencements, agissant par anesthésie psychique, corporelle, et court-circuitage du recours à la pensée, les solutions face aux demandes liées à l'arrêt de l'alcool semblent toujours faire défaut.

Les sevrages sont possibles et malgré les effets bénéfiques constatés, il semble que le retour à la rue constitue toujours le début d'une inéluctable rechute. En revanche, ils sont souvent très bien supportés lors des hospitalisations, séjours en lit infirmier

ou en post-cure, là où ont cours des soins permanents permettant un étayage suffisant.

C'est dans la permanence de l'écoute et de la disponibilité, où il s'agira d'entendre la demande contenue dans l'agir, que se déploie la possibilité d'une rencontre avec un autre « consistant ». Dans le cadre de ces « pathologies des limites », il s'agit de permettre une circulation plus fluide entre les espaces (physiques et psychiques) notamment à travers des dispositifs de médiations. L'utilisation d'une langue partagée permet, par exemple, dans le cadre de médiation linguistique, la possibilité de circulation entre différents professionnels et espaces (interne/externe) et la facilitation d'une liaison entre eux.

L'accompagnement de soin devra donc s'adapter aux problématiques soulevées, à la suite du sevrage : celui-ci permettant à la souffrance de réapparaître bien avant les capacités d'élaboration nécessaires, de prendre en soin le corps dans une optique de soin et de re-narcissisation. L'accompagnement social permet la mise en place d'un projet de vie comprenant ces fragilités et tenant compte du rôle social de l'alcool à la rue.

Bibliographie

FREUD, S., (1929), Malaise dans la civilisation Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2010

Furtos J., (2008), Les Cliniques de la précarité, Issy-les-Moulineaux, Masson

NAULEAU G., QUESEMAND-ZUCCA, S. (2003), « L'ivresse de la rue » Psychologie clinique n°14, « Actualités des cliniques addictives » », automne 2002