

## RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

### Violence politique, traumatisme et (re)création des métiers cliniques

Brackelaire, Jean-Luc; Cornejo, Marcela; Gishoma, Darius

*Published in:*  
Tétralogiques

*Publication date:*  
2017

*Document Version*  
le PDF de l'éditeur

#### [Link to publication](#)

*Citation for pulished version (HARVARD):*

Brackelaire, J-L, Cornejo, M & Gishoma, D 2017, 'Violence politique, traumatisme et (re)création des métiers cliniques: Pour une clinique de la responsabilité sociale à partir des traumatismes psychosociaux.', *Tétralogiques*, numéro 22, pp. 357-381. <<http://www.tetralogiques.fr/spip.php?article74>>

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

**VIOLENCE POLITIQUE, TRAUMATISME ET  
(RE)CRÉATION DES MÉTIERS CLINIQUES.  
POUR UNE CLINIQUE DE LA RESPONSABILITÉ SOCIALE  
À PARTIR DES TRAUMATISMES PSYCHOSOCIAUX**

Jean-Luc BRACKELAIRE <sup>a</sup>, Marcela CORNEJO <sup>b</sup>,  
Darius GISHOMA <sup>c</sup>

**Résumé**

Les situations de violence politique provoquent des traumatismes psychiques et sociaux d'immense ampleur et sur le long terme. Ces traumatismes psychosociaux mettent à mal les métiers qui prennent en charge les souffrances psychiques et sociales d'autrui. Ils obligent à la (re)mobilisation voire à la (re)création de ces métiers cliniques. Les auteurs illustrent et développent ces propos en s'appuyant sur deux recherches cliniques menées respectivement au Chili et au Rwanda dans les suites de la dictature (1973-1990) et du génocide (1994). De telles recherches contribuent à l'élaboration d'une clinique de la responsabilité sociale qui s'attache à restaurer les possibilités sociales et psychiques de répondre d'Autrui après qu'on ait tenté, d'une manière ou d'une autre, de le réduire à néant. L'article analyse et articule les processus d'emprise et d'expropriation à l'œuvre entre soi et autrui dans les phénomènes de violence politique étudiés. Il invite à leur mise en dialogue avec les formes diverses et multiples d'atteintes à la responsabilité sociale qui appellent ensemble à leur reconnaissance et leur prise en charge clinique, politique et épistémologique.

Nous dédions ce texte à la mémoire de Naasson Munyandamutsa  
qui nous inspire sans cesse.

---

<sup>a</sup> Université de Namur, Université catholique de Louvain, Service de santé mentale de Louvain-la-Neuve, Belgique. [jean-luc.brackelaire@unamur.be](mailto:jean-luc.brackelaire@unamur.be)

<sup>b</sup> Professeure à la Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología. La recherche sur les Professionnels de la Commission du Chili fait partie du projet FONDECYT N°1070855 « Du témoignage au récit de vie : processus élaboratifs chez des professionnels de la Commission Nationale sur l'Emprisonnement Politique et la Torture ». Les chercheurs qui ont dirigé cette recherche sont Marcela Cornejo, Germán Morales, Juanita Kovalskys et Dariela Sharim. [marcela@uc.cl](mailto:marcela@uc.cl)

<sup>c</sup> Professeur à l'University of Rwanda, Mental Health Department, College of Medicine and Health Sciences. [gisho3@yahoo.fr](mailto:gisho3@yahoo.fr)

### **Introduction**

Les situations de violence politique sont intrinsèquement traumatisantes. Elles provoquent des traumatismes psychiques et sociaux d'immense ampleur et sur le long terme (Brackelaire, Cornejo et Kinable, 2013), atteignant entre autres la transmission entre générations. Ces traumatismes doivent être compris dans le sens d'un traumatisme psychosocial (Martin-Baró, 1988), où ce ne sont pas seulement les personnes directement affectées par la violence qui sont atteintes mais toute la société dans ses rapports constitutifs, les liens intergénérationnels (Faúndez, Cornejo et Brackelaire, 2014), la mémoire collective (Cornejo et al., 2013 ; Welzer, 2010). Ainsi ces traumatismes mettent-ils singulièrement à mal également les métiers de la clinique, que nous comprenons ici comme ceux qui prennent en charge les souffrances psychiques et sociales d'autrui. Comment pratiquer ces métiers dans ces contextes et dans leurs suites, lorsqu'on est en prise avec les diverses manifestations et les effets de la violence politique ? De telles situations n'en attaquent-elles pas les principes mêmes : celui du métier et du soin exercés vis-à-vis d'autrui ? Et n'obligent-elles pas à la (re)mobilisation voire à la (re)création de ces métiers cliniques ?

Nous tenterons d'illustrer et de développer ces propos en nous appuyant sur deux recherches cliniques menées respectivement au Chili et au Rwanda dans les suites de la dictature (1973-1990) et du génocide (1994). Elles contribuent à l'élaboration d'une clinique de la responsabilité sociale qui s'attache à restaurer les possibilités sociales et psychiques de répondre d'Autrui après qu'on ait tenté, d'une manière ou d'une autre, de le réduire à néant.

### **1 La responsabilité contre la violence**

Quand la violence politique s'exerce au nom de l'État, d'une idéologie et d'un pouvoir totalitaires, dans une dictature ou un génocide pour citer seulement ces figures, le principe humain de l'Autrui, du soin et du devoir envers autrui, s'anéantit dans la terreur et l'horreur de son écrasement et de sa destruction. Un tel anéantissement est en jeu au cœur de ces désastres mais aussi dans leurs causes et dans leurs suites.

Le rapport à Autrui et la dialectique de la responsabilité sociale qu'il mobilise se jouent pour l'homme et entre les hommes d'une façon générale. Il convient d'abord d'en relever, anthropologiquement, ce caractère humain et humanisant. Dans le modèle théorique auquel nous recourons ici (Gagnepain, 1991 ; Laisis, 1991 ; Quentel, 1992 ; Brackelaire, 1995 ; Dartiguenave, 2001 ; Le Bot, 2002, 2010), la responsabilité dans le rapport à Autrui est – avec l'identité dans le rapport à l'Autre – l'une des deux faces constitutives de la personne et des relations ; nous mettrons l'accent sur cette face sans oublier l'autre. Entrer dans l'échange social humain et entre humains, en essayant de répondre

d'Autrui comme de Soi, c'est tenter de transformer sans cesse le rapport de force naturel entre sujets en une transaction sociale entre acteurs, actuels ou à venir. Ceci présuppose de définir et de délimiter non seulement les identités respectives mais tout uniment les rôles entre Soi et Autrui, c'est-à-dire le pouvoir et les compétences propres à chacun, pour entrer dans la transaction en se répartissant les responsabilités, en fonction des devoirs respectifs vis-à-vis d'autrui.

C'est dire que la dialectique de la responsabilité implique en elle-même plusieurs ordres de violence et leur transfiguration psychique et sociale : celle du rapport de force qui se joue entre sujets, celle de la divergence radicale de rôles entre Soi et Autrui et celle de la transaction sociale à établir dans la confrontation entre les parties impliquées. Vue sous cet angle, la mise en jeu de la responsabilité sociale est la réponse humaine à la violence asociale ou antisociale des relations. Sa dialectique fait la vie personnelle et sociale autant qu'elle en résulte. Émerger à cette vie personnelle et sociale ne résulte pas simplement d'une sociogénèse ou d'une ontogénèse, sa mise en œuvre ne s'explique pas historiquement par les conditions d'une société ou la vie d'une personne, elle n'émane pas naturellement des caractères d'un collectif ou d'un individu. Plutôt est-ce précisément cette émergence, sa mobilisation et remobilisation, suite à un désastre humain par exemple, qui explique les sociogénèses et ontogénèses, qui rend compte de la construction d'une histoire, celle de la société comme celle de la personne et ses différents groupes, et dont émanent les figures diverses que peuvent adopter collectifs et individus.

Plus particulièrement, c'est bien cette dialectique qui est au cœur des rapports de responsabilité entre les générations, entre parents et enfants, et entre les parties impliquées par toute prestation de service. Des dimensions particulières et centrales de la responsabilité, et particulièrement importantes pour notre propos, sont en effet celles de l'« entre générations » (Uwineza et Brackelaire, 2014), de la parentalité et du métier. Ces dimensions sont articulées. Gagnepain (1991) avançait que l'enfance est à la parentalité comme le jeu est au métier. Nous pourrions ajouter : et comme la génération est à la transmission. Celle-ci fait sortir la génération (et les générations) de la succession naturelle du temps (et de leur succession naturelle dans le temps) pour la (les) faire entrer, sans la (les) faire disparaître, dans l'ordre transgénérationnel des rapports culturels, sociaux et politiques de responsabilité bilatérale en jeu entre les générations.

Ainsi voyons-nous aussi ce principe de l'Autrui dans le souci des mères et des parents pour le tout petit et pour les enfants, dans la perspective de leur assomption ultérieure de ce principe humain et de sa dialectique. On leur donne une attention à la mesure de leur dénuement, de leur détresse, de leur immaturité et des exigences de leur développement en marche. Et on surveille leurs débordements sur autrui, avec

qui il faut apprendre à vivre, sans en prendre possession. Autrui leur reste en quelque façon exogène. Ils ne le posent pas encore eux-mêmes, n'étant pas en tiers avec eux (Maldiney, 1975). Nous le posons pour eux et l'exerçons entre eux et nous, fût-ce vaille que vaille, jusqu'à ce que et pour qu'ils en assument le principe. Il n'émane pas naturellement des petits qui grandissent. Mais c'est lui qui structure culturellement leur évolution en inscrivant celle-ci dans des systèmes de relations organisés selon les rapports de l'enfance et de la parentalité. La parentalité est une figure essentielle de l'Autrui. Entre le parent et l'enfant se joue la dialectique humaine de la responsabilité, comme dans le jeu social des métiers et dans la transmission entre les générations (Quentel, 1992).

Nous développons l'idée que cette dialectique-là, celle de la responsabilité (nous devrions dire plus justement celle de l'identité et de la responsabilité), est précisément en jeu, visée, menacée, attaquée, touchée, écrasée, décimée dans des phénomènes de violence politique comme la dictature et le génocide. Elle l'est d'une façon distincte dans chacun de ces deux phénomènes, pris ici à titre d'exemples types. Dans les deux cas de figure, elle est aussi ce qu'il y a lieu de restaurer lors du travail d'élaboration qui suit à distance de tels traumatismes psychosociaux. On y brise le principe partagé du souci d'autrui. Nous devons nous demander quelles sont les conditions et les voies et moyens pour œuvrer à une restauration, une réparation, de cette atteinte à la responsabilité anthropologique.

La question est à situer également dans le temps, dans la temporalité particulière qu'induit cette atteinte, le gel du temps qu'elle implique et ses effets sur la transmission entre générations (Métraux, 2004; Munyandamutsa, 2008 ; Faúndez, 2013; Gishoma, 2014). Nous savons comment elle atteint les victimes et les familles, et la société toute entière dans son processus de production et de reproduction. Ceux qui travaillent cliniquement avec ces événements catastrophiques en sont des exemples et des témoins privilégiés. Ils illustrent par leur existence et leur exercice professionnels la prégnance de ces désastres et les conditions de leur élaboration psychique et sociale. Et ils peuvent attester des processus qui permettent cette élaboration ou qui l'empêchent. Leur responsabilité spécifique implique de reconnaître la mise à mal de la responsabilité en elle-même et d'œuvrer à sa relance.

Il nous importe de souligner que cette responsabilité est aussi celle des chercheurs. Les chercheurs cliniciens ont une responsabilité particulière dans ces situations : celle d'accompagner et d'interroger la façon dont se construit la clinique qui émane de ces situations autant qu'elle s'y applique. C'est une responsabilité qu'ils partagent avec les professionnels, les patients, les réseaux communautaires, les associations, les institutions, etc. impliqués et en jeu dans ces contextes. Nous illustrerons notre propos en reprenant deux recherches cliniques. L'une a été menée sous la direction de Marcela Cornejo auprès des

professionnels ayant participé à la Commission nationale sur la prison politique et la torture (CNPPT) au Chili (Cornejo, Morales, Kovalskys et Sharim, 2013 ; Cornejo, Brackelaire et Mendoza, 2009 ; Morales et Cornejo, 2013). L'autre a été réalisée par Darius Gishoma et l'équipe qui l'accompagnait dans son étude des crises d'*Ihahamuka* lors des cérémonies de commémoration du génocide au Rwanda (Gishoma et Brackelaire, 2008 ; Gishoma, 2014).

Ces recherches interrogent et éclairent la fonction et le rôle des professionnels dans chacune de ces situations. Fonction et rôle désignent d'abord ici l'analyse que les professionnels réalisent eux-mêmes implicitement de leur responsabilité lorsqu'ils interviennent dans ces situations (Brackelaire, 1995). Nous parlons de professionnalité et de métier dans ce sens-là : pour désigner le rapport intérieur de la personne avec la profession et le métier, c'est-à-dire la façon dont elle analyse sa fonction, qualitativement, en termes de compétences distinctives, et dont elle analyse simultanément son rôle, quantitativement, en termes d'unités patentées de métier (Gagnepain, 1991). Cette analyse implicite de sa responsabilité précède dialectiquement son réinvestissement, en situation, dans l'exercice de ses charges professionnelles spécifiques et la pratique de sa profession au sein des relations de collaboration qu'elle organise.

Au premier échelon d'écoute officielle de l'emprisonnement politique et de la torture pendant la dictature au Chili, et dans un espace-temps public de manifestation des horreurs subies lors des massacres génocidaires au Rwanda, victimes et professionnels nous en apprennent beaucoup sur les processus en jeu dans la reconnaissance des traumatismes, leur expression et les conditions de leurs possibles élaborations psychiques et sociales. Ils posent la question de savoir comment, dans ces conditions, se créent et se recréent les métiers de la clinique, se retissent les fils de la narration et de l'histoire, se restaurent les possibilités de répondre d'Autrui.

## **2 Écouter la torture : les professionnels de la Commission nationale sur la prison politique et la torture au Chili**

La première de ces recherches s'est initiée en 2006 au Chili avec des professionnels engagés par la Commission nationale sur la prison politique et la torture (CNPPT) organisée en 2003 et 2004 sous le mandat du Président Lagos. L'objectif de la Commission était d'identifier les personnes victimes d'emprisonnement et de torture pour motifs politiques et par l'intervention d'agents de l'État ou de personnes à leur service durant la dictature de Pinochet (1973-1990). La Commission a recueilli les témoignages de 35 865 personnes, interviewées dans la capitale mais aussi dans des sièges de gouvernement provincial, des localités isolées et des consulats et ambassades à l'étranger. Le Rapport

de la Commission a publié la liste nominative des 29 201 personnes reconnues victimes d'actions répressives commises par des agents et institutions de l'État, de privation de liberté et de torture pour motifs politiques. En 2011, une réouverture de la Commission a conduit à 31 841 nouvelles demandes, dont 9 795 ont été retenues comme cas d'emprisonnement politique et de torture.

Pour déclarer son expérience à la Commission, chaque personne complétait un document recueillant des données sur sa détention, ce qu'elle avait subi, puis le présentait lors d'une entrevue d'à peu près une heure à un professionnel engagé à cette intention par la CNPPT. La plus grande partie des déclarants parlait pour la première fois de l'expérience subie. Déposer personnellement son témoignage était à la fois une épreuve considérable, rappelant des souvenirs inmanquablement douloureux et pour une part ineffables, et une démarche essentielle pour une reconnaissance officielle au nom de l'État des abus subis. Les professionnels, engagés par l'État, avaient à accueillir attentivement ces témoignages, dans une atmosphère qui devait être de respect et de confiance.

La Commission a eu un impact sur les victimes, leurs familles et la société chilienne dans son ensemble (Cornejo, Rojas et Mendoza, 2009). La recherche dont nous parlons s'est intéressée spécifiquement aux professionnels engagés comme « écoutes de l'État » (Cornejo et al., 2013). Quels ont été sur eux les impacts des témoignages que leur ont transmis des personnes ayant vécu l'emprisonnement et la torture ? Comment ont-ils reçu le caractère traumatique de ces expériences ? La recherche a montré comment le recueil de ces témoignages croisait leurs histoires personnelles, familiales et sociales. Pour la plupart, cela les a bouleversés, mobilisant des processus d'élaboration face aux impacts traumatiques, biographiques et sociaux de ce qu'ils écoutaient (Cornejo et Morales, 2013). Les professionnels devenaient porteurs de témoignages que la société chilienne elle-même avait à prendre en charge à travers eux. Une dimension importante à considérer ici est celle du temps : il s'agissait de témoignages délivrés 30 ans après les faits, dans un pays qui n'a pas voulu entendre ni écouter, et où tortures et violations subies ont été niées durant des années. Se mettre à l'écoute des professionnels ayant participé à la CNPPT constituait dans la recherche une métaphore du social et de la transmission, les professionnels représentant une génération de citoyens recevant de la bouche de ceux qui les ont vécus les témoignages des faits de terreur qui s'étaient produits dans le pays et demeuraient cachés.

Nous voudrions souligner seulement quelques éléments qui ressortent de cette recherche et nourrissent notre propos. S'intéresser aux professionnels met l'accent sur un point d'articulation à nos yeux essentiel. Leur fonction professionnelle les institue précisément entre ce que les victimes ont subi dans l'emprisonnement et la torture et les

conditions et voies de reconnaissance et de prise en charge de cette expérience par l'État et la société toute entière. Ce qui a été transmis aux professionnels, à travers et par-delà les témoignages, ne peut se comprendre qu'à partir de ce que les victimes ont vécu et de la fonction des professionnels employés. Ceux-ci s'inscrivent dans ce que l'on peut concevoir comme une *chaîne de l'écoute* (Cornejo et al., 2009) remobilisant les possibilités de la transmission contre les chaînes du silence et les risques de la répétition.

Ce qui a été transmis aux professionnels et dont ceux-ci ont fait part aux chercheurs dans leurs récits de vie, c'est en particulier le sentiment d'être porteurs d'un « secret » : celui des horreurs vécues dans le cadre de l'État dictatorial et par des agents à son service, de se demander qu'en faire, comment en assurer la charge, l'impression d'être différents des autres à ce titre, d'avoir à assumer personnellement la mission de veiller à ce que l'entreprise de révélation se réalise contre les risques de son étouffement violent (Cornejo, Brackelaire et Mendoza, 2009). Souvent, l'angoisse est présente. Ils ont ressenti la menace de subir ce qu'ont subi les citoyens qui leur ont transmis leur témoignage, la crainte que la violence politique se répète à l'identique, d'être suivis, poursuivis, persécutés (Cornejo et Morales, 2013).

L'emprisonnement et la torture dans le cadre d'une dictature attaquent radicalement la responsabilité vis-à-vis d'autrui. La qualité d'autrui comme pouvoir être, sa compétence propre, son identité politique possible, comme différent, opposant, militant, sont visées pour l'écraser, le tuer, le faire disparaître et en effacer les traces, pur objet sur lequel exercer un pouvoir absolu au nom d'une entité politique totalitaire où il n'a plus rien à dire. La dictature, la prison, la torture l'exproprient de sa qualité d'autrui. Celle-ci se trouve désavouée ou rejetée. Elle ne structure plus le lien et l'échange entre humains. On ne partage plus avec autrui la responsabilité humaine commune des relations, de ce qui peut s'y produire, entre les parties engagées.

Le secret transmis aux professionnels puis par les professionnels, notamment aux chercheurs, tient à ce non partage. Premier chaînon officiel de l'écoute de l'emprisonnement et de la torture, ils sont institués dans cette fonction de recevoir ce qui n'est pas dicible. Ce n'est pas dicible, dicible à autrui, sous peine de le faire disparaître et de blesser autrui à nouveau. Mais il leur revient de le prendre en charge dans les limites de leur mission. Prendre autrui en charge et en partager avec lui la mission, comme cela se joue dans tout service, dans tout échange humain, dans la profession d'être humain, est précisément ce que l'emprisonnement politique et la torture ne font pas, empêchent, rejettent ou même attaquent. Ce qui s'est trouvé suspendu, entravé, éjecté, miné, revient aux professionnels, à travers eux. Il leur revient parce que les déclarants leur communiquent, entre narration et silence, de la terreur et de l'horreur subies. Et il leur revient par la fonction qui leur

est confiée de recevoir ces témoignages et contribuer à la reconnaissance publique des abus commis et de leurs victimes.

C'est une fonction redoutable et essentielle dans le sens où ce qu'il s'agit de recueillir et le recueil lui-même mettent en péril le principe de toute fonction humaine, « professionnelle », la responsabilité à l'égard d'autrui qu'elle implique. Le secret dont on se trouve chargé, l'enjeu d'avoir à l'assumer, la différence que l'on se reconnaît à l'égard d'autrui, la mission – dont se faire l'auteur – de connaissance et de reconnaissance d'autrui et de son écrasement et la persécution possible contre laquelle s'ériger soi-même, tout cela dit l'indicible de l'expérience et des effets de l'emprisonnement politique et de la torture réduisant autrui au silence. Cela dessine aussi en négatif les traits constitutifs du rapport à autrui et dit la nécessité et l'essai de le prendre en charge dans l'exercice propre d'une fonction à restaurer.

Même si certains d'entre eux étaient psychologues de formation, les professionnels engagés par la Commission n'avaient pas dans ce cadre une fonction de psychologue ou de psychothérapeute ou de clinicien. Et ce n'est pas sous cet angle que nous prenons les choses. Si nous proposons de prendre en considération la dimension clinique de leur fonction, ce n'est pas en tant qu'elle relèverait d'une profession clinique *stricto sensu*. Leur fonction possède un caractère clinique parce que par sa création, son existence et son exercice mêmes elle contribue à ré-instituer la fonction humaine de responsabilité pour autrui que l'emprisonnement politique et la torture sont venus destituer. Serait clinique, *lato sensu*, toute démarche qui se penche sur un principe humain à distinguer, soigner, restaurer, relancer. Cela engage la prise en considération des atteintes à ce principe comme des tenants et aboutissants de ces atteintes. Celles-ci, comme leurs causes et leurs effets, relèvent d'ordres de réalité et de profession divers, multiples et en changement.

C'est dans cette perspective que les traumatismes psychosociaux impliquent nécessairement dans leurs suites la création de métiers à fonction clinique, au sens large, et l'aménagement de fonctions cliniques au sein de divers métiers, comme aussi la construction ou la transformation de professions plus spécifiquement cliniques. Ces situations y obligent. Elles y obligent humainement, déontologiquement. Les chercheurs dans le champ de ces traumatismes extrêmes participent à ce processus de responsabilisation et de remobilisation de la responsabilité. La recherche ne les en abstrait pas simplement ; elle les y implique autrement. Que la qualité clinique de leur rôle en ces situations se spécifie de leur objet, de leur technique, de leur profession même ou de leur méthode, il leur incombe de mesurer et d'assumer les enjeux et la portée de leurs interventions.

La recherche menée auprès des professionnels de la CNPPT ouvre les yeux sur l'importance et la délicatesse de la restauration d'autrui au

premier seuil de rencontre officielle prévu pour sa reconnaissance face à l'écrasement subi lors des traumatismes causés par la dictature. Cela peut éclairer le caractère clinique de nombreux métiers dans de tels contextes post-traumatiques. La professionnalité en jeu dans leur exercice contribue à restaurer l'autrui plus tôt détruit. Les métiers cliniques sont aussi éclairés. Nous en apprenons beaucoup comme cliniciens sur les fonctions de notre métier dans ces circonstances particulières. Nous apprenons aussi sur notre métier d'une façon plus générale. Ces situations extrêmes aiguissent notre regard à propos d'autres situations, dans des contextes ordinaires, situations qui peuvent être analogues en certains points, mais également extrêmes à certains égards.

### **3 Accompagner les crises d'*Ihahamuka* lors des commémorations du génocide au Rwanda**

En 1994, le Rwanda a connu un génocide qui a emporté plus d'un million de vies humaines. Au lendemain du génocide, les personnes qui ont survécu étaient dévastées par les violences subies, la perte des membres de leur famille, la perte de tout ce sur quoi leur existence était fondée. La détresse psychique et sociale était d'une immense ampleur. Toutes les formes de la responsabilité humaine ont dû se lever contre ce qui condamnait cette société à la disparition. Face à la violence, la destruction et la détresse, la restauration et la relance de la responsabilité sociale a impliqué ici comme ailleurs la création de métiers cliniques inexistants auparavant et la réparation des institutions sociales pouvant permettre de rendre encore possible un vivre ensemble.

Face à l'immensité des besoins, les organisations d'aide humanitaire ont été les premières à construire des espaces d'écoute, surtout pour les femmes et les enfants manifestant des signes de souffrance psychologique. Cependant, la difficulté de ces premières initiatives tenait à ce qu'elles étaient inscrites dans le court terme. Elles étaient financées et gérées par des professionnels de santé mentale essentiellement étrangers, qui se sont désengagés pour la plupart vers 1997, à la fin d'une période considérée comme d'« urgence ». L'État ainsi que les organisations locales ont ensuite pris les choses en main, créant des lieux propres pour l'accueil, l'écoute, le soin et la perlaboration du traumatique. À côté de tels lieux de services, ils ont surtout créé des lieux de formation, institutionnalisant localement ces métiers.

Dès 1995, les *counselors* ou « conseillers en traumatisme » sont les premiers intervenants rwandais. Ils ont été formés principalement par *Trócaire* (*charity* irlandaise) puis par une ONG locale, l'Association Rwandaise des Conseillers en Traumatisme ou *ARCT-RUHUKA*. Leur formation s'est organisée après le génocide, en un temps où les structures de formation des infirmiers psychiatriques, des psychologues cliniciens ou des psychiatres étaient encore inexistantes au Rwanda. Les

candidats recrutés avaient à la base une formation en sciences humaines (sciences infirmières, sciences sociales, filière pédagogique ou normale primaire) et devaient manifester un sens de la responsabilité envers autrui s'exprimant à travers la volonté d'aider son prochain. Ils ont suivi pendant une année une formation théorique et pratique et ont commencé à mettre en place – dès 1995 – des structures d'écoute des personnes traumatisées par le génocide.

À travers le Ministère de l'Éducation et l'Université du Rwanda, l'État a ouvert en 1998 la première formation d'infirmiers psychiatriques du pays : un programme de deux ans (puis trois, à partir de 2000) conçu pour répondre aux besoins d'urgence en santé mentale à la suite du génocide. À cette époque, le Rwanda faisait face à une grave pénurie de professionnels de la santé mentale et n'avait pas les moyens d'investir dans des formations de longue durée. Former un psychiatre aurait par exemple nécessité d'attendre plusieurs années. 348 infirmiers psychiatriques sont aujourd'hui diplômés et font fonctionner 43 unités de santé mentale disséminées à travers tout le pays dans les hôpitaux de districts. L'Université du Rwanda a également ouvert en 1999 le département de psychologie clinique, le premier du genre dans le pays. Depuis son existence, il a formé 599 psychologues qui jouent également leur rôle dans le milieu intra et extra hospitalier, aux côtés des *counsellors* et infirmiers psychiatriques. En 2013, le temps est venu pour l'Université du Rwanda de lancer une spécialisation de troisième cycle en psychiatrie. Il y a aujourd'hui 7 psychiatres en activité et ils seront 15 dès 2018. Il n'y en avait aucun en 1994.

Tout ceci témoigne, dans les suites du génocide, de la construction progressive des professions de cliniciens en tant que réponse d'une société qui se (re)responsabilise face à la souffrance pour le bien-être de ses membres. Il nous importe de souligner que cette fonction de clinicien concerne dans le champ de la santé mentale une multiplicité de nouvelles professions locales (conseillers en traumatisme, psychologues, infirmiers psychiatriques, psychiatres, etc.). Mais on peut se demander ce qui se serait passé si les situations de souffrance psychique au Rwanda avaient attendu que s'organisent les consultations d'un psychiatre, d'un psychologue clinicien, d'un conseiller en traumatisme, d'un infirmier psychiatrique. Nombre de Rwandais n'ont jamais rencontré ces professionnels et mourront sans doute sans rencontrer un jour l'un d'entre eux. Pourtant les processus d'élaboration sont en cours et ils continueront à se mettre en mouvement et à suivre leur cours par plusieurs voies psychiques et sociales. Cela signifie que la contribution des cliniciens, si elle est précieuse et utile, n'a cependant qu'une portée limitée, à côté d'autres mécanismes psychosociaux qui se sont mis ou remis en place, qui ont une portée clinique à plus grande échelle et peuvent s'articuler en complémentarité.

Il faut d'abord avoir à l'esprit que nous sommes dans un pays de 12 millions d'habitants (en 2012) et qu'une unité de santé mentale dans un hôpital de district, gérée par une poignée d'infirmiers psychiatriques et de psychologues, est supposée desservir en moyenne 250 000 habitants. Il est évident que ces cliniciens restent jusqu'aujourd'hui des ressources rares face à la grandeur des besoins. Ensuite, toutes les situations de besoin d'aide ne nécessitent pas nécessairement l'apport d'un professionnel de la santé mentale. Enfin, certaines pratiques, en psychologie clinique par exemple, peuvent sembler bizarres et inadaptées pour la population, dans les villages notamment, dans un contexte où les effets du trauma psychosocial sont pourtant durement ressentis. L'élaboration d'une clinique de la responsabilité telle que nous l'évoquons, qui s'attache à restaurer les possibilités sociales et psychiques de répondre d'Autrui, implique des processus qui ont lieu aussi en dehors des murs des établissements cliniques : dans l'espace social, sous l'impulsion des politiciens, des hommes intègres ou d'autres agents sociaux, parfois des cliniciens.

Les *Gacaca*, littéralement : la justice sur le gazon, tribunaux populaires réactivés au Rwanda après le génocide, en sont un exemple. En effet, de 2001 à 2014, un jour par semaine (souvent les samedis), les habitants de chaque village au Rwanda se réunissaient au milieu du village pour parler de ce qui s'est passé en 1994, des victimes, des coupables, des disparus, des responsabilités et de la nécessité de se reconstruire. Les débats étaient animés par des hommes et femmes intègres élus par la population. Cette tentative de justice sur le gazon n'aura pas été sans pièges (Munyandamutsa, Godard, Rutembesa, Mutarabayire, 2012). Il y a bien d'autres exemples de dispositifs qui ont surgi dans l'espace social. La création de familles « artificielles » par les orphelins eux-mêmes (Uwera et Brackelaire, 2011 ; Uwera, 2012 ; Uwera, Brackelaire et Munyandamutsa, 2012), les associations de veuves du génocide qui se sont mises ensemble spontanément pour pleurer, se raconter leurs histoires et reconstruire leurs quartiers montrent aussi la renaissance du principe partagé du souci d'autrui (Uwineza, 2015 ; Rwagatare et Brackelaire, 2015). Il en est de même pour les commémorations annuelles du génocide. Les crises qui en résultent constituent l'objet de la deuxième recherche que nous allons évoquer. Cette recherche montre également que dans le contexte précis du Rwanda post génocide, la société, les cliniciens, les chercheurs ont essayé de répondre aux nouveaux défis occasionnés par le passage du temps. La clinique a dû s'adapter d'année en année aux nouvelles formes de souffrances et de besoins des gens et aux situations de traumas en train de s'élaborer progressivement. Ces commémorations peuvent être vues comme un processus socio-communautaire intrinsèquement axé sur la réactivation de la responsabilité sociale.

Depuis 1995, le Rwanda commémore chaque année le génocide pendant une semaine – du 7 au 13 avril – dite de deuil national. Ces commémorations ont une histoire. Elles ont parcouru un chemin qui nous enseigne sur les possibilités du travail d'élaboration et de (re)responsabilisation offertes par cet espace tout comme sur les difficultés auxquelles il expose. Comme le révèle l'étude de Gishoma (2014), les commémorations annuelles du génocide commis contre les Tutsis ont suivi une logique de développement qui est loin d'être linéaire. Cependant, si l'on se donne une vue d'ensemble sur les cérémonies depuis 1995 jusqu'à nos jours, sur la succession des thèmes centraux des commémorations, sur les discours des autorités et des rescapés, sur les compositions artistiques servant d'adjuvant au rite, on peut repérer une certaine évolution dans le processus commémoratif. On y décèle en effet plusieurs mouvements qui peuvent être regroupés en deux tendances principales.

La première tendance consiste dans le fait que durant les dix premières années (1994-2004) dominent des thèmes qui évoquent le génocide, la description détaillée de la manière dont il a été perpétré, ses multiples conséquences encore vivaces chez les survivants. L'intensité des affects bruts envahit l'espace des commémorations à l'évocation du passé et à la vue des corps mutilés. Le génocide immerge l'espace des commémorations qui se déroulent non pas face à des monuments portant une plaque symbolique mais sur des charniers à peine ouverts. Les commémorations se produisent sur des lieux où furent exécutées hier des milliers de personnes et l'activité commémorative principale consiste en leur inhumation. Il y a une présence fraîche de la mort et du génocide sur le site lui-même, dans les activités d'enterrement et dans les discours. L'expression de « cérémonies du souvenir », juste dans son utilisation, nous paraît pourtant insuffisante pour décrire cette atmosphère, car le génocide est encore presque présent.

Les commémorations de la deuxième décennie (2004-2014) permettent de saisir une seconde tendance. Les thèmes dominants de ces commémorations contrastent clairement avec ceux de la première. Elles ont été marquées par l'émergence des thèmes relatifs à l'espoir et l'effort de s'extirper, pour les gens et pour la communauté, hors des conséquences du génocide. On y remarque une tendance à raconter des histoires « positives » de survie qui aident à s'orienter vers le futur (Lala, McGarty, Thomas, Ebert, Broderick, Mhando et Kamuronsi, 2014). L'espoir semble être devenu le mot clé pendant les commémorations. On évoque certes le passé, mais il est question d'y « célébrer » et de semer les germes de la résilience (Lala et al., 2014). Les thèmes portent souvent sur la reconstruction personnelle (on s'est reconstruit, nous ne sommes plus en train de pleurer, le plus dur est derrière nous), sur la famille (on a ressoudé nos familles, nous en avons construit de nouvelles, nous sommes mariés), l'idée du bonheur (nous

vivons heureux avec nos enfants ; chers parents disparus, vous ne les avez pas connus mais ils vous ressemblent fortement de telle manière que nous avons l'impression que vous êtes encore vivants à travers eux), un environnement de nouveau habitable (nous ne sommes plus entourés de ruines, nous avons reconstruit nos maisons), les études, l'ascension professionnelle, l'avoir (j'ai racheté toute la terre qui nous avait été prise, nous avons des vaches enviables), sur l'avenir du pays, etc.

Cette évolution nous informe sur la volonté des rescapés, de leurs associations ainsi que de l'État Rwandais de se « défaire » des pièges du génocide et de ses effets sur les survivants. Ces commémorations font partie des dispositifs sociocommunautaires et locaux qui tentent d'apurer le génocide, de lui tordre le cou ainsi qu'à ses effets traumatiques. Il y a une redéfinition et un repositionnement des communautés par rapport au déroulement des commémorations. Cela témoigne de l'évolution de la représentation de l'événement qu'est le génocide et d'un dialogue entre les acteurs des cérémonies, dont le contenu évolue.

Mais ces moments de commémoration peuvent aussi se révéler traumatiques. La semaine de deuil national est en effet marquée par la recrudescence d'une épidémie de crises collectives qui ont lieu pendant les activités de commémorations du génocide de 1994. Dans un mouvement de contagion, certains participants sont atteints d'épisodes vivaces de flashbacks au cours desquels ils revivent exactement le génocide comme s'il était en train de se dérouler. D'autres reproduisent des gestes visant à s'échapper et réagissent comme s'ils étaient coursés par les tueurs. Ils se cachent sous les chaises ou élèvent les mains pour se protéger la tête contre une possible attaque à la machette. Ces crises sont caractérisées par un trop-plein d'anxiété, une agitation psychomotrice et la perte temporaire de l'orientation temporelle et spatiale. Le large éventail des symptômes peut inclure aussi des crises de hoquet avec suffocation, des états de stupeur, des états dans lesquels les gens ont l'impression d'avoir perdu leur sensibilité ou leur motricité tout en restant conscients. Dans d'autres cas, c'est plutôt la perte de la conscience qui prédomine. Il peut aussi y avoir des états d'inconscience avec une agitation musculaire qui peuvent faire penser aux crises d'épilepsie.

La participation des survivants à certaines activités de commémoration, en particulier la vue des corps ou d'un vêtement d'un proche lors des cérémonies d'inhumation en dignité, le visionnage d'un film documentaire sur le génocide, l'écoute d'un témoignage, un poème ou une chanson portant sur le génocide, se révèlent souvent être des facteurs déclenchant la première crise. La prolongation et le déclenchement de nouvelles crises résultent souvent du fait de voir un ami ou un inconnu tomber en crise, l'entendre dire que les miliciens attaquent le lieu, ce qui amène les gens à ne plus différencier le temps

du génocide et celui de la commémoration. Mais l'expérience traumatique se réveille aussi à la suite de facteurs en apparence neutres comme un moment de silence, une chute de pluie (rappelant celle qui tombait pendant le génocide), la tombée de la nuit ou une coupure d'électricité. Étant donné le degré d'hypersensibilité résultant de souvenirs traumatiques internes, même un moment de silence peut suffire à déclencher la crise. Quel que soit le type de déclenchement, puissant ou neutre, lorsque la première crise est déclenchée, il est fréquent d'observer le phénomène de contagion, la crise d'un individu en déclenchant une autre chez les personnes à proximité, jusqu'à atteindre une cinquantaine ou une centaine de personnes sur un seul lieu de commémoration. Ces crises qui peuvent durer entre 30 minutes et 2 heures sont appelées *Ihahamuka* au Rwanda et touchent généralement – pendant toute la durée de la semaine allant du 7 au 13 avril de chaque année – entre 3000 et 4000 personnes sur les différents lieux de commémoration (Gishoma, Brackelaire, Munyandamutsa, Mujawayezu, Mohand et Kayitshonga, 2014).

La recherche-action menée à partir de l'année 2006 a été réalisée à travers plusieurs dispositifs complémentaires. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec 22 professionnels de terrain (psychiatres, psychologues, infirmiers en santé mentale, *counsellors*) qui ont participé depuis leur création aux interventions pendant les commémorations et qui, par leur expérience, aident à comprendre l'apparition, l'évolution ainsi que les mécanismes constitutifs du phénomène des crises d'*Ihahamuka*. La recherche a également impliqué la collecte de 35 récits de personnes ayant été victimes des crises traumatiques d'*Ihahamuka* sur différents lieux de commémoration. La recherche a ensuite mis en place un dispositif d'accompagnement post-crise par des groupes de paroles pour des personnes ayant été victimes de ces crises pendant 10 mois, dans un des 30 districts du pays (Gishoma *et al.*, 2014).

Le chercheur principal, Darius Gishoma, a également participé concrètement aux interventions aux côtés des professionnels pendant plusieurs années (de 2006 à 2014), recevant, accompagnant les personnes en crises, et partageant avec les professionnels locaux les questionnements et péripéties liés à leur travail. En dehors des commémorations, le chercheur participait aux réunions de réflexion, de préparation des interventions et de prise de décision ainsi qu'à la mise en application des schémas discutés, aussi bien dans le cadre des sessions de formation des jeunes professionnels que lors des interventions proprement dites. Après les interventions, il était aussi partie prenante à leur évaluation, à leur redéfinition et à leur réactualisation d'année en année, sous la supervision de la division Santé Mentale du Ministère de la Santé. Dans le cadre de cet article, il n'est ni possible ni pertinent de reprendre tous les aspects dégagés par cette recherche. Comme pour la recherche évoquée plus haut à propos

du Chili, nous n'avons repris que quelques éléments, qui éclairent notre propos.

#### **4 Expropriation et restauration d'autrui**

Cette étude des crises d'*Ihahamuka* lors des cérémonies de commémoration du génocide des Tutsis au Rwanda donne à voir comment un processus génocidaire produit un traumatisme psychosocial qui génère obligatoirement (dans un sens déontologique) en retour des formes de création ou de re-création des métiers de la clinique entre les acteurs et réseaux concernés. Quand Autrui devient à exterminer, il vient ensuite hanter la scène des crimes, comme un revenant dont il revient aux (sur)vivants de reconnaître et d'entendre la voix. Il leur revient de lui donner sa place, de lui rendre son rôle, d'en prendre soin et de recréer avec lui une relation humaine. Entre victimes, professionnels, citoyens, communautés se joue le devoir fondamental de la restauration progressive d'Autrui dans la vie sociale. « *Ihahamuka* » pourrait se traduire par « avoir ses poumons hors de soi » ou « sortir ce qui est à l'intérieur de soi » (Gishoma et Brackelaire, 2008). L'appellation créée dit à la fois l'expropriation de soi, la mise hors de soi, pour reprendre les mots de Roland Gori analysant la sidération de l'horreur (2002, p. 113), et l'essai de lui donner une forme dans la langue et dans le champ professionnel des soins à apporter à autrui.

Étudier ces crises, c'est alors étudier simultanément, d'année en année, le contexte officiel de leurs survenues et l'évolution de leur accompagnement social et professionnel, formel et informel, lors des commémorations et en dehors de celles-ci. Le travail de Darius Gishoma et de son équipe d'accompagnement décrit et analyse de façon articulée l'évolution du processus commémoratif au Rwanda, les crises collectives elles-mêmes, du point de vue des personnes en crise et des professionnels, et les interventions face aux crises pendant les commémorations et dans leur prolongement.

On peut pointer le rôle spécifique de la recherche clinique au sein de ce réseau de collaborations. L'étude des crises, à travers plusieurs dispositifs d'intervention, avant, pendant ou après les crises, constitue une tentative de remobiliser la responsabilité du chercheur, des cliniciens et des universités face à des phénomènes résultant de l'écrasement critique de la responsabilité sociale pendant le génocide. Les dispositifs de recherche-action, s'ils n'ont pas permis d'endiguer le phénomène des crises, ce qui n'était pas leur visée, ont eu le mérite d'améliorer le bien-être psychosocial des personnes ayant fait l'expérience des crises. Mais surtout, la recherche-action sur les crises d'*Ihahamuka* participe elle-même en définitive à cette construction – (re)création – de la ou des professions de cliniciens, par sa dimension à la fois de recherche et d'implication clinique et constructrice de la

clinique. Cela fait partie intégrante de la recherche que de chercher à contribuer à restaurer et mobiliser la responsabilité humaine vis-à-vis d'Autrui.

De la même manière, mais sur l'autre axe d'analyse de la responsabilité, la recherche réalisée avec les professionnels de la CNPPT au Chili contribue à sa façon à la reconnaissance et à la réparation des faits et des effets de l'emprisonnement politique et de la torture exercés au nom de l'État durant la dictature de Pinochet. Elle révèle, comme les professionnels eux-mêmes et la Commission qui les institue, l'obligation de rétablir officiellement la fonction humaine fondamentale de la reconnaissance et du respect vis-à-vis d'autrui, dûs à ceux qui ont été victimes, directement et par extension, de la politique de la terreur. Le concept même de fonction, entendue comme l'analyse qualitative de nos responsabilités par rapport à Autrui, la fonction clinique par exemple, dit la médiation nécessaire d'une instance déontologique d'analyse au cœur de la relation de pouvoirs et de devoirs partagés entre autrui.

La dictature dit au contraire dans un pur rapport de force ce qui doit être pour tous. L'emprisonnement et la torture exécutés au nom d'un pouvoir totalitaire s'acharnent à extirper d'autrui – opposant, militant, « communiste », « extrémiste », « terroriste », etc. – les qualités de personne qui font sa divergence et avec lesquelles il s'implique dans la vie sociale commune. Sur le fond des ravages qu'opère cet essai d'écrasement d'autrui, ce qui est extirpé fait inévitablement retour dans un appel radical, qui traversera les générations, à la reconnaissance officielle de cette violence politique criminelle, à la restauration publique de la dignité, à l'expression et à l'écoute de ce qui a été arraché, écrasé, tu, étouffé et que l'on a enfoui, mis au secret, rejeté, enkysté.

La recherche doctorale de Ximena Faúndez (2013) auprès de petits-enfants de victimes d'emprisonnement politique et de torture de la dictature militaire chilienne participe à cet appel et contribue à cette reconnaissance. Elle leur donne la parole, et le récit de leur histoire, racontée en tant que petits-enfants d'ex-prisonniers politiques torturés, montre la lutte qu'ils assument pour sortir de l'emprise de l'expérience traumatique transmise par leurs grands-parents et s'en approprier dans leur vie. Deux scènes de terreur et d'horreur font irruption dans la narration : celle de l'arrestation et celle de la torture du grand-parent. La première est décrite par le menu, comme au présent, par des détails figés hors du temps, à l'image d'une photographie ou d'un dessin que l'on se passe, de ce qui n'a pas pu se passer. La seconde est dénoncée sans pouvoir être représentée ni narrée (Faúndez, Cornejo & Brackelaire, 2014). Mais on transmet précisément que cela ne peut se représenter, à plus d'un titre. Elles indiquent les deux pôles extrêmes du récit dans son impossibilité.

L'arrestation se transmet avec des traits de réalité qui fixent l'irruption réelle du pouvoir totalitaire dans une histoire dont il extirpe autrui. Elle est comme le « premier coup » qu'Améry reçoit des hommes de la Gestapo et qui « renferme déjà tout ce qui va suivre à l'état embryonnaire », l'emprisonnement, la torture et le système qui y trouve son fondement (Améry, 1966). C'est le principe même d'autrui que l'on attaque et tentera d'arracher, ses qualités divergentes, ses affiliations distinctives, ses vertus politiques, les oppositions qu'il affiche, les fonctions qu'il incarne. Dans cette scène, on assiste impuissants et captifs à l'arrachement du grand-parent à son histoire, à sa personne, aux siens, à soi. Sa divergence, son altérité, c'est aussi le narcissisme par où il se rapporte à lui-même comme autrui et relance – à partir de lui-même (Fierens, 2016) – son histoire, et notamment son récit, ici pétrifiés, sidérés, frappés de stupeur face au désastre qui s'annonce, se répand, se communique. Les éléments de l'arrestation, comme la maison familiale envahie, les vêtements du grand-père, tous les protagonistes figés sur place, les armes menaçantes, la couleur des véhicules, etc. créent et fixent une sorte d'hallucination, comme une image de rêve, de cauchemar. Ils font apparaître la scène. Ils sont comme les restes isolés et haut en couleurs d'une histoire éclatée dont on tente de faire trace, mémorielle et historique, pour s'en souvenir, l'inscrire au présent, la faire reconnaître. Nous pouvons voir et écouter la scène de l'arrestation comme un appel éclatant à témoins, un cri d'appel inouï à l'écoute. Elle se rappelle par-delà les générations comme un appel radical au principe de la responsabilité, qui est au fondement de la transmission entre les générations (Uwineza et Brackelaire, 2014), et à la reconnaissance officielle de ses écrasements.

La scène de la torture se dénonce mais dans le silence. On y décrypte l'anéantissement de la personne d'autrui à qui on veut arracher la parole et qu'il faut désormais protéger et rétablir dans sa dignité. Le rapport humainement institué de devoir à l'égard de la personne d'autrui, attaqué dans son principe dès le « premier coup » de l'arrestation qui la soustrait à l'espace public, devient dans la torture une relation de pouvoir absolu exercé au nom de l'État sur la victime détenue dans un lieu secret. Cette scène porte les traces paralysantes de la terreur, de l'horreur, de la douleur, des conséquences de la torture et du système politique qui lui est foncièrement associé. Elle les dénonce par tout ce qu'elle en transmet, implicitement, dans un silence assourdissant. La scène dite de la torture transmet ainsi tout ce qui n'est pas dicible, pas audible, entendons : ce qui ne peut se livrer, se partager, s'adresser à autrui, se raconter. Parce que la torture attaque précisément la possibilité et le processus même de la prise en charge d'autrui et par autrui, autrement dit du partage, de l'écoute, de la narration et de l'élaboration.

Il importe de repérer comment cette scène s'articule avec la précédente. La scène de l'arrestation transmet explicitement dans ses

détails de réalité criante l'expropriation d'un principe implicite de l'humain qui vole en éclats. Par la scène de la torture se transmet implicitement la plongée dans ce qui ne peut humainement s'explicitier. Les deux scènes témoignent ensemble. Elles prennent à témoin ceux qui se mettent à l'écoute d'une violence politique qui abolit la fonction du témoignage et s'exerce sans témoin à charge. On y fait disparaître autrui et on s'acharne sur lui. Elles témoignent du court-circuit de la dialectique de la responsabilité qui nous oblige implicitement à reconnaître autrui dans ses fonctions divergentes pour tenter d'assumer explicitement l'un l'autre les charges à porter ensemble.

Charge alors à ceux qui composent la « chaîne de l'écoute » de se faire les relais de l'accueil et de la transformation des effets de la violence politique (Cornejo, Brackelaire et Mendoza, 2009). Les métiers cliniques sont une première ligne professionnelle dans l'écoute, la reconnaissance et l'élaboration de cette violence. Et ils y sont en jeu, comme on l'a souligné. Ils se forment et se transforment dans la clinique, en particulier dans la clinique de la responsabilité qui s'impose à partir des traumatismes psychosociaux. Cette clinique œuvre à restaurer la fonction de l'autrui en le reconnaissant comme tel dans sa divergence radicale, qu'on a voulu lui arracher, et à lui rendre son rôle d'autrui en l'inscrivant dans une relation où chacun a sa part, quand on a cherché à l'exterminer. Les deux pôles – de divergence et de convergence – du processus dialectique de la responsabilité peuvent se figer : par une forme d'enkystement ou d'enfermement d'autrui en soi ou bien, sur l'autre pôle, par une sorte de domination cruelle ou de persécution de soi par un autrui exproprié qui revient à la charge (Nshimiyimana, Brackelaire et Rutembesa, 2017). Dans ce champ des atteintes à la responsabilité humaine, les cliniciens et chercheurs rencontrent ce double risque : d'une part d'enfourer autrui en soi ou par devers soi, d'autre part de disparaître comme soi dans ou sous l'autrui menaçant. Ils l'affrontent en eux-mêmes comme chez leurs sujets parce qu'il se (re)joue entre eux et leurs sujets, sous l'effet du trauma. Ces mêmes processus articulés se jouent aussi à d'autres niveaux et sous d'autres figures, selon la nature et les coordonnées personnelles, familiales et sociales des traumas. Ceci nous ouvre sur quelques remarques, de reprise et d'ouverture, au moment de conclure.

## **5 Reprises et ouvertures**

Nous sommes partis de deux contextes spécifiques où nous travaillons comme cliniciens et chercheurs avec les effets des deux formes de violences politiques extrêmes qui s'y sont produites, la dictature de Pinochet au Chili, le génocide des Tutsis au Rwanda. Ces situations sont toutes différentes. Il convient d'insister d'abord sur l'idée que la comparaison de ces phénomènes, de ces contextes historiques,

des effets de ces violences politiques ainsi que des modes d'interventions générés dans chaque cas peut se révéler dangereuse et infructueuse car chaque situation garde toujours sa singularité. Cependant, il est important de porter son attention sur le fait qu'anthropologiquement des mécanismes humains similaires et complémentaires sont à l'œuvre dans les deux phénomènes et, plus largement, dans ces deux ordres de phénomènes. La dictature et le génocide auxquels nous nous sommes référés sont ici des figures particulières de processus plus généraux de destruction d'autrui par extirpation de ses qualités dissidentes ou par extermination de ce qui ferait son unité divergente à la fois ontologique et déontologique, d'être et de devoir être.

Ces mécanismes et processus concernent spécifiquement la mise en forme et en exercice réalisée par les humains de leur responsabilité vis-à-vis d'autrui. Bien entendu, les questions d'identité et de responsabilité se tiennent, comme les deux faces articulées de la vie personnelle et sociale. C'est par souci de précision et par simplification que nous n'évoquons pas ici les façons dont ces deux faces trouvent chacune en l'autre leur justification, comme le rappelle ce que nous venons de dire du génocide des Tutsis. La dialectique de la responsabilité, nous l'avons indiqué, opère au travers des deux axes d'analyse, taxinomique et générative, ou encore qualitative et quantitative, qui fondent tous les processus humains dans la vision de Gagnepain (1982, 1991). Ils consistent ici, pour l'Homme et pour tous les hommes, sous des visages toujours autres, à définir respectivement à la fois les identités différentielles et les unités contrastives de responsabilité, c'est-à-dire leurs fonctions et leurs rôles par rapport à autrui, pour réinvestir ensuite cette analyse dans la situation sociale. Sur ce point également, nous simplifions le propos en ne traitant pas de l'articulation essentielle de ces deux axes par projection de l'un sur l'autre, créant entre eux similarité et complémentarité. On a pu néanmoins se rendre compte de ces dernières en repérant dans quelle mesure ce qui était dit des processus attaqués par la dictature et mobilisés dans ses suites valait aussi dans le cas du génocide, et inversement. Chacun de ces deux phénomènes engage les deux axes et il serait nécessaire de préciser davantage de quelle manière, en prenant en considération la dialectique d'ensemble sur ce plan de rationalité – le seul que nous ayons pris en compte dans ce texte, encore une fois parce qu'il est central pour notre propos et pour clarifier l'épure.

Ce qu'il nous importe maintenant de souligner, c'est que ces processus d'atteinte à la responsabilité humaine sont en jeu dans d'autres situations non seulement sociales mais cliniques. Celles-ci sont à la fois très distinctes les unes des autres et néanmoins très proches par le fait précisément de concerner les mêmes principes et processus humains, ce qui peut les rendre éclairantes les unes par rapport aux

autres, aux yeux du clinicien comme à ceux du chercheur. Ce point fait partie des coordonnées d'origine et de destination du présent travail.

Jean Gagnepain a vu dans les perversions et les psychoses les troubles de l'identité et de la responsabilité de la personne, comme il avait vu dans les aphasies les troubles du signe et dans les atechnies ceux de l'outil, et comme il verra dans les névroses et les psychopathies ceux de la règle et du désir. Il s'inspirait, pour les psychoses, des champs professionnels de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle, et on sait que ses échanges avec Jacques Schotte ainsi qu'avec Jean Oury l'ont éclairé dans son élaboration théorique et clinique. Au total, il a resitué et réorganisé les psychoses sur la face de l'institué de la personne, celle de la responsabilité, face où il place aussi le sadomasochisme (Gagnepain, 1995). Ces entités prêtent donc leur figure à un nouvel ensemble systématisé de problématiques de la responsabilité.

Un tel modèle théorique et clinique est en construction, par définition pourrait-on dire. Il nous oriente dans l'élaboration du travail dont ce texte rend compte. Réciproquement, notre parcours interroge la création et la recreation des métiers cliniques à partir des traumatismes psychosociaux. Il pose directement la question des rôles et fonctions des professionnels, au sein de sociétés particulières et en transformation, dans la reconnaissance (ou non) et l'accompagnement (ou non) des problématiques cliniques. Celles-ci s'expérimentent en effet toujours personnellement et socialement dans les plis de la dialectique psychosociale dont nous parlons. Elles mettent en jeu le rapport qui, culturellement, s'institue, se constitue et peut se destituer entre soi et autrui. C'est dire qu'elles se partagent toujours en quelque façon entre les sujets qui les incarnent ou les incorporent voire se les approprient et les autres citoyens de la cité, parmi lesquels ceux que nous avons appelés les cliniciens ont à assumer des responsabilités particulières. C'est dire aussi que ces problématiques varient et se transforment en fonction de la dynamique historique et sociale, qu'elles se répartissent selon les champs d'écoute et de profession existants ou insistants pour leur prise en charge et qu'elles peuvent contribuer elles-mêmes aux changements constructeurs ou destructeurs de la vie sociale et professionnelle concernée.

Nous pensons que les différents ordres de traumas, *lato sensu*, qui atteignent et transpercent la responsabilité, que ce soit de l'intérieur ou de l'extérieur de sa propre dialectique, nous obligent tous, comme cliniciens et chercheurs, à forger notre métier en conséquence. Le métier de la pensée et de la parole n'y échappe pas, au contraire, qui nous pousse à poser épistémologiquement le problème. Toutes les formes d'attaques et de blessures à la responsabilité sont alors susceptibles de nous donner à réfléchir et à poursuivre la démarche théorique, clinique et sociale en la matière, par-delà et à travers leurs différences, qui en

deviennent heuristiques. Une clinique de la responsabilité concerne ainsi des problématiques variées et multiples qui peuvent s'en trouver réarticulées et remobilisées les unes par rapport aux autres.

La responsabilité humaine, que nous avons vue attaquée et blessée dans le cadre de désastres psychiques et sociaux tels qu'une dictature et un génocide, est aussi en cause, par exemple, dans les psychoses et certaines perversions, comme la paraphrénie et la schizophrénie ou, sur l'autre pôle, le sadomasochisme et la paranoïa, où sa dialectique se déstructure, mais aussi, selon nos hypothèses, dans les troubles narcissiques et les états-limites, qui déstabilisent les conditions subjectives de son émergence et de sa mise en œuvre entre soi et autrui, dans l'« adolescence errante » qui cherche à partir de quel lieu s'en approprier psychiquement (Douville, 2007), dans des atteintes neurologiques qui la lèsent dans ses soubassements corticaux et ses bases corporelles, ou encore dans de multiples formes sociales, économiques, politiques, religieuses, etc. d'entrave partielle ou d'empêchement massif à son plein exercice, qui s'en trouve suspendu.

Ces sortes de suspensions (Brackelaire, 2009) ou d'affaiblissements (Dartiguenave et Garnier, 2014) de la responsabilité opèrent par des mécanismes divers, comme les processus de précarisation (Dartiguenave, 2001 ; Furtos, 2008), la précarité désignant précisément des états ou des situations dans lesquels on ne peut plus exercer sa responsabilité, ou les « tensions de la flexibilité » que Thomas Périlleux (2001, 2016) met en évidence dans les transformations contemporaines du monde du travail et des métiers de la relation, ou encore comme le conformisme, la servitude volontaire et l'imposture, dont Roland Gori (2013) démonte les procédures de fabrication au cœur des différents champs de nos sociétés, dans un appel à la réappropriation personnelle et sociale de nos vies sous emprise néolibérale et sur le fond du désengagement de l'État.

Ces voix en suspens peuvent entrer en résonance avec celles de la folie ainsi qu'avec celles des revenants qui hantent les scènes des crimes totalitaires dont nous avons parlé ou encore avec la voix intérieure d'un adolescent en errance aux marges du social (Quentel, 2011 ; Douville, 2014). Une voix est un rôle, pensons-nous, et la voix une fonction, en attente d'écoute et de reconnaissance. Donner la parole et se mettre à l'écoute, entendre ces voix et leur rendre leurs rôles est en jeu dans chacune de ces situations. Comme dans toute situation humaine clinique et sociale, pourrait-on dire. Mais surtout d'une façon toute spécifique. Pas seulement parce que ces voix nous sollicitent dans notre responsabilité, de cliniciens, de chercheurs, de citoyens. Plus spécifiquement parce qu'elles nous appellent à en répondre, à répondre de ce dont on ne répond pas ou plus, à répondre de l'expropriation dont elles témoignent toutes. Ces implications cliniques et ces engagements divers peuvent s'éclairer réciproquement, se relancer, se répondre, comme se répondent les situations qui les génèrent : la folie et les guerres

(Davoine et Gaudillière, 2006), le génocide et le passage redoutable vers l'âge adulte pour la génération survivante (Uwineza et Brackelaire, 2014), les stratégies d'imposture et le trauma que provoque dans nos sociétés le fait que les citoyens se voient dépossédés de leur mission de création culturelle (Gori, 2013), etc. Un tel dialogue entre ces sphères de la vie personnelle et sociale nous paraît indispensable, politiquement, épistémologiquement, en particulier pour continuer à mettre en œuvre et à penser ensemble des cliniques de la responsabilité prêtant l'oreille aux voix qui émanent des multiples formes entrelacées d'emprise et d'expropriation entre soi et autrui.

### Références bibliographiques

BRACKELAIRE J.-L., 1995, *La personne et la société. Principes et changements de l'identité et de la responsabilité*, Bruxelles, De Boeck.

BRACKELAIRE J.-L., 2009, « La personne en suspens. Singularisme moderne et courts-circuits dans la transmission », in GAUCHET, M. et QUENTEL, J.-C. (Eds.), *Histoire du sujet et théorie de la personne. La rencontre Marcel Gauchet - Jean Gagnepain*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, pp. 123-144.

BRACKELAIRE J.-L., CORNEJO M., KINABLE J., Eds., 2013, *Violence politique, traumatisme, processus d'élaboration et de création*, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan.

CORNEJO M., MORALES G., 2013, « Du récit de vie aux voies d'élaboration : réflexions autour des processus d'élaboration personnelle et sociale d'événements traumatiques au Chili », in BRACKELAIRE, J.-L., CORNEJO, M. et KINABLE, J., Eds., *Violence politique, traumatisme, processus d'élaboration et de création*, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan, pp. 235-246.

CORNEJO M., BRACKELAIRE J.-L., MENDOZA F., 2009, « Des chaînes du silence à la chaîne de l'écoute », *Cahiers de Psychologie Clinique*, 32, pp. 205-231.

CORNEJO M., MORALES G., KOVALSKYS J., SHARIM D., 2013, « La escucha de la tortura desde el Estado: la experiencia de los profesionales de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura en Chile », *Universitas Psychologica*, 12 (1), pp. 271-284.

CORNEJO M., REYES, M.J. CRUZ, M.A. VILLARROEL, N. VIVANCO, A., CÁCERES E., ROCHA C., 2013, « Historias de la dictadura militar chilena desde voces generacionales », *Psyke*, 22 (2), pp. 49-65.

CORNEJO M., ROJAS R.C., MENDOZA F., 2009, « From Testimony to Life Story: The Experience of the Professionals of the Chilean National Commission on Political Imprisonment and Torture », *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* 15, pp. 111-133.

DARTIGUENAVE J.-Y., 2001, *Rites et ritualités. Essai sur l'appauvrissement sémantique de la ritualité*, Paris, L'Harmattan.

DARTIGUENAVE J.-Y., GARNIER J.-F., 2014, *La fin d'un monde ? Essai sur la déraison naturaliste*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

DAVOINE F., GAUDILLIÈRE J.-M., 2004/2006, *Histoire et trauma. La folie des guerres*, Paris, Stock.

DOUVILLE O., 2007, *De l'adolescence errante. Variations sur les nons-lieux de nos modernités*, Nantes, Editions Pleins Feux.

DOUVILLE O., 2014, *Les figures de l'Autre. Pour une anthropologie clinique*, Paris, Dunod.

FAÚNDEZ X., 2013, *Transgeneracionalidad del trauma psicosocial en nietos de ex-presos políticos de la dictadura militar chilena 1973-1990 : transmision y apropiacion de la historia de prison politica y tortura*, Thèse de doctorat en psychologie, Santiago, Pontificia Universidad Catolica de Chile.

FAÚNDEZ X., CORNEJO M., BRACKELAIRE J.-L., 2014, « Transmisión y apropiación de la historia de prisión política: transgeneracionalidad del trauma psicosocial en nietos de ex presos políticos de la dictadura militar chilena », *Terapia Psicológica*, vol. 32, n°3, pp. 201-216.

FAÚNDEZ X., CORNEJO M., BRACKELAIRE J.-L., 2014, « Narration, silence. Transmission transgénérationnelle du trauma psychosocial chez des petits-enfants de victimes de la dictature militaire chilienne », *Cahiers de Psychologie Clinique*, 43, pp. 173-204.

GAGNEPAIN J., 1982, *Du Vouloir Dire. Traité d'épistémologie des sciences humaines*, tome I *Du Signe. De l'Outil*, Paris, Pergamon Press.

GAGNEPAIN J., 1991, *Du Vouloir Dire. Traité d'épistémologie des sciences humaines*, tome II, *De la Personne. De la Norme*, Bruxelles, De Boeck.

GAGNEPAIN, J., 1995, *Du Vouloir Dire. Traité d'épistémologie des sciences humaines*, tome III, *Guérir l'homme. Former l'homme. Sauver l'homme*, Bruxelles, De Boeck.

GISHOMA D., BRACKELAIRE J.-L., 2008, « Quand le corps abrite l'inconcevable. Comment dire le bouleversement dont témoignent les corps au Rwanda ? », *Cahiers de psychologie clinique*, 30, pp. 161-183.

GISHOMA D., 2014, *Crisis traumatiques collectives d'Ihahamuka lors des commémorations du génocide des Tutsi. Aspects cliniques et perspectives thérapeutiques*, Thèse de doctorat en sciences psychologiques. Louvain-la-Neuve, Université catholique de Louvain.

GISHOMA D., BRACKELAIRE J.-L., MUNYANDAMUTSA MUJAYEZU J., MOHAND A., KAYITESHONGA Y., 2014, « Supportive-Expressive Group Therapy for People Experiencing Collective Traumatic Crisis During the Genocide Commemoration Period in Rwanda: Impact and Implications », *Journal of Social and Political Psychology*, Vol. 2, no. 1, pp. 469-488.

GORI R., 2002, *Logique des passions*, Paris, Denoël.

GORI R., 2013, *La fabrique des imposteurs*, Mayenne, Les liens qui libèrent.

LAISIS J., 1991, *Apport méthodologique de la linguistique structurale à la clinique (neurologique et psychiatrique)*, Thèse de doctorat, Rennes, Université Rennes 2.

LALA G., MCGARTY C., THOMAS E. F., EBERT A., BRODERICK M., MHANDO M., KAMURONSI Y., 2014, « Messages of Hope: Using Positive Stories of Survival to Assist Recovery in Rwanda », *Journal of Social and Political Psychology*, Vol. 2 (1), pp. 450–468.

LE BOT J.-M., 2002, *Aux fondements du “lien social”. Introduction à une sociologie de la personne*, Paris, L’Harmattan.

Le BOT J.-M., 2010, *Le lien social et la personne. Pour une sociologie clinique*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

MALDINEY H., 1975, *Aîtres de la langue et demeures de la pensée*, Lausanne, L’Âge d’homme.

MARTÍN-BARÓ I., 1988, « La violencia política y la guerra como causa del trauma psicosocial », *Revista de Psicología de El Salvador*, 7 (28), pp. 123-141.

MÉTRAUX J.-C., 2004, *Deuils collectifs et création sociale*, Paris, La Dispute/Snédit.

MUNYANDAMUTSA N., 2008, « Le prix du silence et le temps de la créativité », *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 159, pp. 490-495.

MUNYANDAMUTSA N., GODARD M.-O., RUTEMBESA E., MUTARABAYIRE SCHAFER A., 2012, *Gacaca : un rendez-vous piégé, Rapport Ibuka*, Paris, Editions Médecins du Monde.

NSHIMIYIMANA A., BRACKELAIRE J.-L., RUTEMBESA E., 2017, « “Groupe de guérison des blessures”. Une recherche avec des veuves rescapées sur les rituels de deuil et la reconstruction psychique après le génocide au Rwanda », *Cahiers de psychologie clinique*, 1, 48, pp. 93-112.

PÉRILLEUX T., 2001, *Les tensions de la flexibilité. L’épreuve du travail contemporain*, Paris, Desclée de Brouwer.

PÉRILLEUX T., 2016, « Le cœur battant du travail relationnel. Métiers mis en danger, répliques cliniques », in DOUCET M.-C. et VIVIERS S. (dir.), *Métiers de la relation. Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail*, Québec, Presses de l’Université Laval, pp. 125-141.

QUENTEL J.-C., 1992, *L’enfant. Problèmes de genèse et d’histoire*, Bruxelles, De Boeck.

QUENTEL J.-C., 2011, *L’adolescence aux marges du social*, Bruxelles, Fabert.

RWAGATARE P., BRACKELAIRE J.-L., 2015, « Génocide des Tutsis au Rwanda : quand le viol des femmes est utilisé pour annihiler l’origine même de la vie et de la pensée », *Cahiers de psychologie clinique*, 2, 45, pp. 165-189.

UWERA KANYAMANZA C., 2012, *Ménages d'enfants et enfants chefs de ménage dans l'après génocide au Rwanda : (re)création d'appartenances*, Thèse de doctorat en sciences psychologiques, Louvain-la-Neuve, Université catholique de Louvain.

UWERA KANYAMANZA C., BRACKELAIRE J.-L., 2011, « Ménages d'enfants sans parents au Rwanda. (Re)création d'une structure familiale après le génocide perpétré contre les Tutsis ? », *Cahiers de psychologie clinique*, 2, 37, pp. 9-46.

UWERA KANYAMANZA C., BRACKELAIRE J.-L., MUNYANDAMUTSA N., 2012, « La fratrie dans les ménages d'enfants sans parents au Rwanda... après le génocide », *Dialogue*, 2, 196, pp. 61-72.

UWINEZA J., BRACKELAIRE J.-L., 2014, « Après le génocide, régénérer l'«entre générations» pour naître à soi. À partir d'une recherche-action avec des mères rescapées et leurs enfants adolescents au Rwanda », *Cahiers de psychologie clinique*, 2, 43, pp. 143-171.

WELZER H., 2010, « Re-narrations: How pasts change in conversational remembering », *Memory Studies*, 3 (1), pp. 5-17.

Jean-Luc BRACKELAIRE, Marcela CORNEJO, Darius GISHOMA