

## ENTENDRE LA VIOLENCE GÉNOCIDAIRE ?

[Cécile Simon](#)

Martin Média | « [Le Journal des psychologues](#) »

2010/3 n° 276 | pages 63 à 66

ISSN 0752-501X

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2010-3-page-63.htm>  
-----

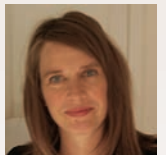
Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Entendre la violence génocidaire ?

*Cécile Simon*



Psychologue clinicienne  
Psychanalyste

***Entendre l'inhumain de la violence génocidaire nous amène bien au-delà d'une écoute de l'horreur. Il est alors question de la place du clinicien qui ne consiste pas à comprendre ou à interpréter l'acte génocidaire, mais plutôt à recueillir, puis à interroger les signifiants du discours qui peuvent encore faire trace. Présentation du cas de Monsieur M, qui a été confronté aux violences qui se sont déroulées au Rwanda.***

**M**a réflexion sur ce qu'est l'écoute clinique des violences faites à l'homme s'est forgée, d'une part, au cours de mon expérience de psychologue au Rwanda, lors d'une mission d'écoute et de soin psychique aux enfants non accompagnés pour l'organisation non gouvernementale Handicap international, et, d'autre part, à travers mon expérience de thérapeute dans un centre de soins à l'attention des victimes de torture et des demandeurs d'asile politique, entre 2000 à 2007, où j'ai rencontré des sujets ayant vécu le génocide rwandais de 1994 et, plus largement, des sujets confrontés aux violences extrêmes.

L'approche psychanalytique me permet de questionner les effets de la violence du génocide sur le sujet inconscient et, de ce fait, d'interroger la réalité psychique de ces sujets.

De nombreuses questions se posent au clinicien dans son approche des sujets aux prises avec ces violences de l'histoire. Ainsi, quelle écoute un clinicien peut-il apporter à des personnes qui ont vécu un génocide ? Autrement dit, comment les écouter et surtout qu'est-ce qu'écouter ? Écouter, ce n'est pas forcément entendre, aussi comment faire le tri de ce qu'il y a à entendre dans cet espace de parole où je me propose de les écouter ? À quelle place j'écoute pour entendre quelque chose ?

Dans un tel contexte, proposer un espace de parole à des personnes qui ont vécu des situations d'une extrême violence, des violences politiques, ne permet-il pas de faire émerger du sujet quand la violence d'un génocide vise précisément à altérer le rapport du sujet à son désir et à sa jouissance ?

Mon travail a peut-être consisté à remettre en fonction la parole, à tenter de redonner corps au parlêtre, plutôt que de m'acharner à conceptualiser autour de la violence génocidaire.

Il est tout à fait difficile de s'employer à offrir des espaces de parole visant à créer ou recréer du lien social, afin de préserver ces personnes de la mort psychique qui les menace.

Longtemps, je me suis demandé - et je me demande encore - ce qui a bien pu faire que je m'intéresse à cette violence aux frontières de l'humain. Je ne peux trouver comme réponse spontanée, et d'une évidence manifeste, que cette hypothèse-ci : même à la limite de l'humain, il reste de l'Autre et des autres, en tant qu'il reste du langage, et mon travail consiste peut-être à remettre en fonction la parole,

à restituer quelque chose de l'ordre du discours. Cette place d'Autre du langage se distingue dès qu'elle se situe aux limites de l'humain, elle gîte là où il reste tout de même de l'humain qui se fait jour et se fait reconnaître dans son acte de parole.

### La violence génocidaire pervertit le rapport au montage « identité / altérité »

À travers la violence génocidaire, ce n'est pas seulement le corps conscient qui est attaqué, c'est aussi ce qui constitue les fondements de la dignité anthropologique et subjective de chacun, soit son lien à l'Autre en tant que matrice de l'identité et de l'altérité.

Dans la société rwandaise, au-delà des conséquences directes de la violence du génocide, c'est le rapport aux origines qui se trouvait être remis en question.

Le clinicien confronté au vécu des violences extrêmes se trouve être sollicité comme autre témoin de la déchéance humaine, en même temps qu'on lui demande de l'aide afin de ne pas devenir fou. À quelle place est-on convoqué alors ? Quel asile psychique instaurer par notre écoute ? Si une des sorties psychiques possibles du trauma est souvent le clivage, nous voyons alors clairement l'effet des traumatismes collectifs, et au singulier, et dans la culture.

« *Qui suis-je ? Suis-je Hutu ou Tutsi ?* », répétait en écholalie un patient de l'hôpital psychiatrique de la banlieue de Kigali, capitale du Rwanda (seul hôpital psychiatrique du pays). Il promettait de donner des millions à celui qui voudrait bien lui répondre, éclairer la lanterne de sa « cellule » psychiatrique. Sa ritournelle lancinante, il l'a adressée à un collègue thérapeute en visite à l'hôpital, qui s'est arrêté pour écouter et accuser réception de cette parole désespérée qui, alors, pouvait devenir une vraie question, c'est-à-dire une question adressée. En substance, ce patient lui demandait : « *Qui suis-je pour l'Autre ?* » ou, si l'on préfère le formuler ainsi : « *Qu'est-ce que l'Autre me veut être ?* » En tant qu'il n'est pas pris dans cette même violence génocidaire, tout en étant humain lui-même. Le psychologue se pose la question de qui il est alors pour cet autre humain qui l'interroge ? S'adresser à un autre pour connaître sa véritable identité de Hutu ou de Tutsi revient à interroger l'autre sur la possibilité que du sujet puisse émerger dans cet amas de confusion collective. Car qui peut, au Rwanda,

énoncer comme une vérité « je suis Hutu » ou « je suis Tutsi » quand, par cette désignation, on qualifie non pas des races, des ethnies différentes, ni même des castes ou des classes, mais des groupes définis à partir de critères socioprofessionnels singuliers et des clans lignagiers dotés des mêmes mythes d'origine ? Revient alors le problème de la nomination que nous ne pouvons aborder que dans le cadre d'une clinique d'un sujet déterminé par son lien à l'Autre. Dans la solution névrotique, dite de « sortie névrotique de trauma », le sujet est un « sans nom » qui, reprenant vie psychique dans des constructions et des montages identitaires, est représenté par son nom d'« ethnie » pour d'autres sujets qui sont représentés par d'autres noms d'« ethnie », et les noms peuvent cohabiter et circuler (avant la guerre des mariages « mixtes » entre Hutus et Tutsis n'étaient pas des exceptions). La solution paranoïaque de sortie du trauma est de s'identifier totalement à un nom, de s'y vouer corps et âme.

Comment faire en sorte qu'il y ait du sujet et un lieu où puisse s'inscrire de l'Autre ? La question est vive, car la violence génocidaire induit, bien entendu, une rupture avec l'Autre – dans son aspect persécutif – tout autant qu'une rupture avec soi. L'Autre n'est plus alors le lieu trésor des signifiants. Il ne nomme plus, il stigmatise. Ce patient pouvait bien promettre des millions à celui qui lui dirait avec conviction qui il est, mais il n'est pas encore né celui qui pourra répondre à sa question. En revanche, ce collègue psychologue a entendu qu'au-delà de la question identitaire *stricto sensu* s'imposait une demande radicale qui, au socle de toute humanisation, touche son droit d'être un même et un autre pour l'autre.

Comment ne pas devenir fou après un tel déchainement du Réel ? Cela a tenu lieu de fil directeur dans ma pratique auprès des demandeurs d'asile qui ont tous été confrontés au déchainement de la violence du collectif, et ce, qu'ils viennent de République démocratique du Congo, de Sierra Leone, du Libéria, de la Guinée, de Mauritanie...

Il est, en effet, bien difficile de ne pas se laisser envahir par la sidération de la pensée dans un biais qui instaurerait du clivage pour pouvoir s'affranchir d'une confrontation au Réel.

Comment, par sa présence, le clinicien se prête-t-il au jeu de la découverte d'une *terra incognita* où son patient, effracté par les effets de la violence et devenant l'objet de la jouissance de l'Autre, pourra venir trouver refuge sur cette terre ?

### Le travail avec les demandeurs d'asile politique

J'ai rencontré Monsieur M. durant presque deux années dans une structure d'accueil et d'hébergement d'urgence à Amiens, où je me rendais deux journées par semaine dans le cadre d'un partenariat avec l'association Parcours d'exil inscrit dans un programme régional d'accès aux soins des plus démunis. Au bout de deux ans, lorsque le projet prit fin à Amiens, Monsieur M. fit le trajet jusqu'à Paris, dépourvu de papiers réglementaires, pour se rendre à ma consultation dans les locaux de l'association.

Monsieur M. est un homme d'une trentaine d'années, originaire de la République démocratique du Congo. Sa famille a été en grande partie exécutée en 2002, période à laquelle il est arrivé en France. Il est, à sa connaissance, le seul à avoir survécu à cette exécution. Je l'ai reçu très régulièrement, et il ne cessait de me raconter cette sombre journée, lors de laquelle ils furent tous arrêtés et torturés par les militaires de Kabila, accusés d'être des rebelles.

Bien plus tard, quand le transfert a peu à peu pu s'établir, et qu'il put apercevoir en moi une incarnation possible de la figure maternelle le protégeant notamment des agressions extérieures, il me parla de la raison qu'il attribuait à de telles persécutions, à savoir les origines rwandaises de sa mère. Il ne m'avait rien dit de cette partie de ses origines jusqu'alors. Il avait d'abord testé avec moi s'il pouvait être cet autre à la frontière des origines rwandaises et congolaises, avant de m'avouer cette double origine. Dès lors, j'ai entendu cette nouvelle question dans son discours : « *Qui suis-je au juste ? Rwandais ou Congolais ?* » Il m'interpellait à une place de savoir sur ce que le génocide rwandais avait perverti, c'est-à-dire le rapport aux origines, à la filiation, et me positionnait en tant que passeur entre ces deux origines, ayant moi-même un lien fort avec le Rwanda.

Les modalités du transfert avec ces patients « traumatisés » par des violences persécutrices prennent tout d'abord une allure particulière du fait de ces persécutions, et l'on est alors très vite susceptible d'incarner un Autre persécuteur, tout-puissant. Ce n'est que lorsque la symbolisation est rendue possible par un ancrage dans la parole de l'Autre que la place du thérapeute dans le transfert se transforme alors d'intrus à Autre témoin.

Il ne cessait de me répéter : « *Raconter ce que j'ai vécu et le vivre, ce n'est pas pareil.* » Il m'adressait cette demande : « *Qui suis-je*

pour vous ? » Et si une accroche transférentielle a pu être possible avec ce patient, je ne peux m'empêcher de penser que c'est grâce au fait que je connaissais le Rwanda (ce pays que lui-même ne connaissait pas) et que je pouvais me représenter les effets de l'acte génocidaire sur la représentation inconsciente qu'il avait de lui-même. Il me demandait en substance de l'aider à faire quelque chose de ses pensées qui le rendaient fou.

Il ne pouvait en passer que par un transfert violent à mon égard pour réguler cette jouissance. Il me donnait alors à entendre tellement d'horreur, d'atrocités, que je me demandais bien jusqu'où il comptait m'emmener par ses paroles. Je me sentais, tour à tour, contaminée par la violence qu'il racontait en boucle, exclue de ses propos et de son champ de vision. Il m'était parfois insupportable de l'écouter et, pourtant, je m'accrochais. À quoi ? À sa plainte, je crois. En effet, nous n'étions pas dans l'après-coup, mais dans une actualité de la plainte, et je crois que c'est cette actualité-là que le clinicien a à entendre.

C'est parce que, petit en petit, dans le transfert, il commença à me reconnaître dans une position d'Autre maternel qu'il put projeter cette violence sur moi, violence que j'entendis alors d'une autre oreille quand j'appris que sa mère portait le même prénom que moi et qu'elle était d'origine rwandaise. Il n'osait dire : « *Nous avons souffert et j'ai tout perdu à cause de mes origines rwandaises* », alors il m'attaquait de la sorte : « *Vous ne pouvez pas comprendre, entre raconter ce que j'ai vécu et le vivre, c'est très différent, vous n'y étiez pas.* »

Avec l'établissement du transfert, un questionnement sur ses origines devint alors possible. Une agression de la part d'un compatriote l'amena à me parler de sa crainte d'être persécuté en raison de ses origines, angoisse qui remontait à son enfance quand ses parents et lui étaient persécutés par les voisins à cause des origines rwandaises de sa mère. Cet événement ne cessa alors d'alimenter sa crainte que les persécutions le poursuivent jusqu'en France.

Ce qui n'avait jusque-là pu être abordé, car refoulé par la famille, devint le cœur de son conflit psychique. En effet, malgré ses ruminations sur la guerre intestine qui ravageait encore les peuples rwandais et congolais, Monsieur M. continuait de lutter pour se maintenir dans le constat d'une union idéale et idéalisée entre ses parents congolais et rwandais et me faisait entendre qu'il n'était pas vraiment au courant de ce qui opposait ces deux peuples.

La dernière séance s'acheva sur cette phrase tout à fait significative du parcours de Monsieur M. : « *C'est plus facile d'être en conflit avec une personne qu'avec une foule, parce qu'avec une foule on ne trouve refuge nulle part, par contre si on est en guerre avec une personne on peut trouver refuge chez un autre.* » Mon travail avec Monsieur M. dut s'interrompre pour des raisons budgétaires. Néanmoins, la possibilité de reprendre ce travail avec un autre psychologue avait été envisagée plusieurs séances auparavant.

La dynamique transféro-contre-transférentielle m'a permis d'entendre dans la violence que me racontait ce patient

traces du trauma infantile qui figurent le réel. La voie d'accès à la symbolisation par le transfert permet, de ce fait, de retrouver les traces du trauma s'inscrivant dans une lutte contre la fixation au trauma, principe même de la névrose traumatique.

Le transfert se situe comme tentative de métaphorisation, afin que le sujet puisse reprendre son histoire avec le thérapeute sur qui il pourra s'appuyer pour retracer les lignes brisées.

Il me semble que le travail du thérapeute avec le « survivant » consiste à l'aider à repérer dans le récit qui n'en finit pas de se répéter et de tourner à vide, des signifiants qui vont permettre d'organiser un



*De père congolais et de mère rwandaise, avec l'établissement du transfert, un questionnement sur ses origines devint alors possible.*

une figuration d'un conflit beaucoup plus ancien qui émanait des générations passées et qui s'était réactualisé dans la rencontre entre ses parents (mère rwandaise / père congolais). Ainsi, il nous aura peut-être été possible d'enrayer la dynamique répétitive de son discours, en tant qu'il se présentait comme victime des mêmes persécutions ici, en France, de la part de ses compatriotes congolais, au même titre que celles qu'il avait subies au pays. Discours qui actualise, à mon sens, les effets de ruptures violentes de l'histoire gommées par les générations passées. Ce qui se répète dans le transfert, c'est une sorte de cliché de l'histoire infantile. Le trauma dans l'actuel vient enrober les

discours où il pourra se reconnaître en tant qu'être humain parlant, comme sujet de la scène originare.

### Pour conclure

Ainsi, bien plus que d'essayer de comprendre la violence génocidaire, ce qui me semble intéressant pour le clinicien, c'est d'interroger ce que la psychanalyse peut avoir à en dire. On peut tenter de questionner, avec Sigmund Freud, cette poussée libidinale au meurtre qui nous renvoie notamment aux textes du *Malaise dans la culture*, et on peut se demander comment prêter son écoute pour entendre ce qui ne peut pas toujours se dire. Comment la

métapsychologie peut-elle être un recours dans notre pratique clinique quand la réalité s'impose dans toute la déliaison pulsionnelle qu'elle suggère ?

Sigmund Freud, dans le texte du *Malaise dans la culture*, adopte le point de vue selon lequel le penchant à l'agression est une prédisposition originelle de l'homme en laquelle la culture trouve son obstacle le plus fort. L'homme, à l'origine, ne connaissait pas de restrictions pulsionnelles, c'est la culture qui est venue limiter, par le refoulement, ces pulsions agressives, de sorte qu'elles ne soient évoquées qu'avec parcimonie et culpabilité, mais restent néanmoins présentes.

En 1920, la théorie des pulsions connaît un tournant quand Sigmund Freud introduit la pulsion de mort (*Thanatos*) opposée à la pulsion de vie (*Eros*). La pulsion de mort ne s'exprime jamais à l'état pur, elle est intriquée dès le début de la vie à l'*Eros*. C'est de là qu'émanent le sadisme et le masochisme.

Que se passe-t-il lorsque ces deux pulsions se délient ? Il semble alors que la pulsion de mort, retrouvant sa liberté, se déchaîne en se dégradant en tant que pulsion de destruction, mais se déchaîne aussi sans être limitée par *Thanatos*, ce qui, dans *Eros*, crée l'érotisation du lien. Cette érotisation n'est pas loin de la fascination, laquelle peut nourrir des appels au meurtre. Nous savons que Sigmund Freud ne pensait pas *Eros* et *Thanatos* comme des forces seulement en opposition ; la violence génocidaire représente une déliaison catastrophique de ces liaisons.

Dans le contexte d'une écoute clinique des violences extrêmes, nous sommes au plus proche de cette pulsion agressive originelle de l'homme, laquelle n'est pas toujours facile à reconnaître par tout un chacun. Le concept de Réel chez Jacques Lacan, ainsi que celui de jouissance, apportent un éclairage non négligeable à notre questionnement théorico-clinique.

Quand les pulsions se délient, ne font plus sens les unes par rapport aux autres, elles laissent place au Réel.

Le Réel est identifié à la jouissance en tant qu'elle est au-delà de toute prise ou chiffrage dans le symbolique, dans le langage, et, comme telle, mortifère. La jouissance, comme au-delà du principe de plaisir, renvoie à la pulsion de mort.

Ce qui ne peut pas toujours se dire par nos patients renvoie à ce qui ne peut pas toujours être entendu par les cliniciens du fait de cette jouissance mortifère. Le clinicien est, dès lors, d'autant plus au travail qu'il est convoqué à cette place d'Autre pacificateur de la jouissance.

Il travaille à élaborer ce qui n'a pas trouvé de représentation. À travers les rêves, notamment, il pourra travailler sur la transformation des représentations de choses en représentations de mots.

Ces patients nous adressent la demande de les aider à ne pas devenir fous. Il s'agit alors de leur donner la possibilité d'ouvrir l'espace des représentations en s'appuyant sur la dynamique transférentielle, afin que ce long processus de resymbolisation puisse advenir. ■

## Bibliographie

Freud S., 1912, « La dynamique du transfert », in *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2002.

Freud S., 1920, « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.

Freud S., 1921, « Psychologie des foules et analyse du Moi », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.

Freud S., 1929, *Le Malaise dans la culture*, Paris, PUF, 1995.

Godard M.-O., 2003, *Rêves et traumatismes ou la longue nuit des rescapés*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Lacan J., 1953-1954, « Les écrits techniques de Freud », *Le Séminaire, Livre I*, Paris, Le Seuil, 1975.

Lacan J., 1960-1961, « Le transfert », *Le Séminaire, Livre VIII*, Paris, Le Seuil, 1991.