

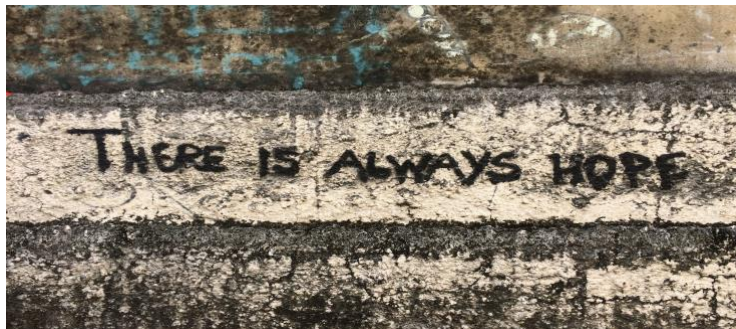


# DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE SANTÉ, SOCIÉTÉ ET MIGRATION

Accueillir pour soigner ?  
Quelle Relation d'Aide avec les Migrants ?

**Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »**

Rédigé sous la direction de Monsieur Nicolas Chambon



Marielle Chevalier

Année 2018-2019



**UNIVERSITÉ  
JEAN MONNET**  
SAINT-ÉTIENNE

Université Claude Bernard



## REMERCIEMENTS

Merci à Séverine Mathieu pour sa relecture, son aide et son soutien.

Merci à Victor Hoang pour ses précieux conseils, son soutien et sa patience.

## SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.4
I/ DÉFINITIONS DE L'ACCUEIL	p.6
II/ MÉTHODOLOGIE	p.8
III/ L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE À MARSEILLE	p.10
IV/ PRÉSENTATION DU CMP ET MISSIONS GÉNÉRALES	p.12
V/ PRÉSENTATION DU CMP BELLE DE MAI SECTEUR 13G12	p.13
VI/ LE CMP DANS LA VILLE... DANS UN QUARTIER	p.17
VII/ RÔLE DE L'ÉDUCATRICE SPÉCIALISÉE EN PSYCHIATRIE	p.18
VIII/ LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN CMP	p.19
IX/ SITUATIONS CLINIQUES RENCONTRÉES	p.21
<i>Vignette 1 : Madame Vi</i>	p.21
<i>Vignette 2 : Madame Li</i>	p.31
X/ CONCLUSION GENERALE	p.36
BIBLIOGRAPHIE	p.40
ANNEXES	p.42

## **INTRODUCTION**

Il y a plus de 10 ans, j'ai choisi d'exercer en tant qu'éducatrice spécialisée dans un Centre Médico psychologique (CMP) adulte dans le 3ème arrondissement de Marseille.

La présence des éducateurs spécialisés en CMP adulte est une pratique peu courante.

### **Pourquoi ?**

Deux hypothèses me viennent à l'esprit

Le clivage entre le sanitaire et le social, mais également le choix politique du médecin chef de secteur.

### **La psychiatrie est une discipline réservée au médical !!**

En 2004, j'ai eu la chance de rencontrer la Dr Dolores Torres. Nous avons longuement conversé autour de certaines convictions comme : la complémentarité dans le travail en psychiatrie, l'importance de la créativité, et la nécessité d'une prise en charge globale en psychiatrie adulte.

De ce travail de réflexion, est née la création de plusieurs postes d'éducateurs spécialisés en CMP, en Hôpital de jour (HDJ) et en Centre d'Accueil Thérapeutique en Temps Partiel (CATTP) ainsi que dans l'unité temps plein.

Ce dispositif de complémentarité infirmier/éducateur est un point fort dans la prise en charge des personnes.

Effectivement, j'ai toujours eu la profonde conviction que la prise en charge d'une personne souffrant de troubles psychiques ne pouvait se limiter à la dimension médicale et thérapeutique. J'ai donc toujours cru qu'il était nécessaire d'œuvrer vers une démarche globale, faisant appel à une palette d'approches diversifiées, jouant avec les divers registres de la maladie, de la déficience, de l'incapacité et du désavantage.

Et si l'équipe pluridisciplinaire est essentielle, elle ne suffit pas. Il est donc important de mettre en place des actions en partenariat avec d'autres acteurs et décideurs, dans le cadre de réseaux de santé mentale, et non plus seulement au sein du réseau de psychiatrie.

A ce moment-là (il y a environ 3/4 ans) de ma carrière, mes différentes missions consistaient à concevoir, conduire et coordonner des actions éducatives, sociales et

d'insertion auprès de personnes en situations de précarité, présentant de grandes difficultés psychologiques.

Aujourd'hui, ce secteur psychiatrique accueille de plus en plus de personnes issues des migrations contemporaines (Afghanistan, Afrique de l'Ouest et du Nord, Syrie, Tchétchénie etc.) qui traversent des situations très précaires, réfugiés et demandeurs d'asile.

L'accueil, le soin et l'accompagnement de ce public s'avèrent difficiles et nos prises en charge empiriques, par manque d'analyse. L'absence de perspectives et d'outils pratiques et théoriques conforte cette difficulté.

Si mon travail, tel que je le pratique depuis des années, se montre nécessaire et important, il n'en reste pas moins que les connaissances pour comprendre et élaborer une réflexion adaptée à ce public me font défaut.

La rencontre avec des patients migrants en situation de précarité et les difficultés rencontrées dans la prise en charge m'ont conduite à m'inscrire à ce Diplôme inter universitaire.

### **Problématique // Questionnement**

Les multiples rencontres avec des migrants, ont 'bousculé' mes pratiques professionnelles, mais également 'mon cadre de référence' d'éducatrice en psychiatrie de secteur adulte.

Les histoires de vie, les parcours migratoires, les problèmes de langue, les récits de traumatismes composent mon quotidien.

Face à ces situations très souvent urgentes, et à ces problématiques toutes singulières, tellement complexe et lourdes, j'étais confrontée à mon impuissance, à l'impression d'être démunie, et aussi au sentiment de culpabilité.

Pour la plupart des personnes que l'on accueille, les actes subis dans le pays d'origine et/ou sur le parcours migratoire sont le principal facteur des troubles psychiques.

Au début mon interrogation était : 'comment prendre en compte les aspects culturels dans la démarche de soin ?'

Cependant, je sentais que mon discernement était peu fiable, fragilisé par le constat des vulnérabilités cumulées et l'intrication des problématiques.

Il est parfois difficile de distinguer chez ce public ce dont 'il souffre de ce dont il a besoin'.

Mon questionnement m'est donc progressivement apparu moins central et s'est décalé vers : 'quel accueil et quelle relation d'aide avec les migrants ?'

Une réponse m'est venue à l'esprit :

**'Etre là tout simplement' au sens offrir au migrant la possibilité d'être reconnu par un *Autre* dans la société d'accueil.**

**Mais aussi : 'offrir un lieu, un cadre protégé, hospitalier où le migrant peut venir sans contrainte, sans enjeux de vérité...un dernier repère d'une société hostile...'**

## **I/ DÉFINITIONS DE L'ACCUEIL**

Le mot accueil vient du latin *colligere* (cueillir) qui, en vieux français (1080) s'est transformé en *acoillir* qui signifiait : 'accompagner, être avec'.

Le sens moderne apparaît au XIIIème siècle : recevoir ou recueillir quelqu'un (dictionnaire historique de la langue française Le Robert).

Cette première définition a laissé au mot accueil, une connotation particulière, comportementale, qui englobe une façon d'être et un état d'esprit basés sur la disponibilité, l'attention à l'autre, l'acceptation mutuelle de ce que l'on est.

Historiquement, l'accueil du public est né de l'acte de charité 'accueillir son prochain et prend forme dans les institutions religieuses puis publiques. Il devient un acte professionnel à travers la professionnalisation de la relation dite d'aide.

On peut dire que l'accueil est un acte banal de la vie quotidienne, car chaque personne est en permanence sollicitée par des situations d'accueil.

Mais on peut aussi dire que l'accueil est un acte non banal, car les interactions qui se jouent dans un laps de temps relativement court peuvent être d'une grande importance pour la suite de la prise en charge, et de l'accompagnement.

## *Le concept d'accueil*

**Paul Chauchard**, (1912 - 2003) est un médecin et écrivain français. Dans son ouvrage intitulé ' L'accueil', il dit : 'l'accueil n'est pas un acte extérieur, il fait partie de nous-mêmes ; nous sommes biologiquement et cérébralement des structures d'accueil'.

D'après cette approche, l'accueil serait une réception d'informations par le cerveau.

L'accueil enverrait des signaux à nos 'sens' (le toucher ; la vue ; l'ouïe ; l'odorat et le gout...).

L'accueil serait un ensemble de comportements, d'attitudes, de regards, de gestes, de mots et de réponses aux attentes.

Mais, l'accueil ne peut se limiter aux sciences cognitives voir médicales.

J'ai donc trouvé chez Gustave Nicolas Fisher une définition tout autant intéressante, et à mon sens complémentaire.

**Gustave Nicolas Fischer**, professeur en psychologie sociale, considère que ' le fait d'accueillir l'autre n'est pas une finalité en soi, mais seulement la première phase, l'ouverture du lien social ; c'est ce dernier qui donne tout son sens à l'accueil'.

En résumé, nous pouvons définir l'accueil comme l'ouverture du lien social.

Ce que je comprends avec Fischer c'est que l'accueil est un processus en deux étapes. Le temps de l'accueil qui pourrait s'apparenter à la rencontre, et la construction du lien social.

Dans mon mémoire, j'aborde la ' Rencontre' et ' Le Lien social' il m'apparaît donc pertinent d'un peu plus creuser ces deux notions.

## *La rencontre*

Dans le dictionnaire Larousse la rencontre est définie comme ' se trouver en présence de quelqu'un sans l'avoir voulu'.

Dans l'article sur 'L'Accueil' trouvé sur le site internet de Michel Balat - (Psychanalyse, Sémiotique, Eveil de Coma) il est dit : En psychothérapie institutionnelle, l'accueil a une fonction prépondérante, il permet de favoriser ' la rencontre'.

Il emploie le verbe 'favoriser' car l'accueil ne signifie pas qu'il y ait toujours rencontre. La rencontre est un phénomène rare, inattendu, imprévisible.

### ***Le lien social***

*'En sociologie, le lien social désigne l'ensemble des appartenances, des affiliations, des relations qui unissent les gens et/ou les groupes sociaux entre eux'* (définition Wikipédia).

Dans le cadre de mon mémoire et de ma pratique professionnelle, ce qui m'intéresse relève des relations, et plus précisément de la relation d'aide que l'on va pouvoir mettre en route dans un cadre de soin défini.

A ce niveau de mes recherches et de mes interrogations, je suis en mesure d'avancer que l'accueil peut exister sans qu'il y ait forcément 'rencontre'. Effectivement si l'accueil est suffisamment 'contenant' au sens rassurant et sécurisant, il va permettre à la personne de libérer ses angoisses, son histoire, son parcours, son quotidien par l'échange verbal, l'échange de regards et l'ambiance qui en résulte.

L'accueil devient donc un support incontournable pour la construction du lien social, et surtout la mise en route d'une relation d'aide adaptée mais pas figée.

Je reviendrai plus loin sur toutes ces notions complexes mais évolutives en développant les modalités de prise en charge en CMP.

## **II/ MÉTHODOLOGIE**

Afin de mener à bien cette réflexion, je me suis basée sur mes diverses expériences professionnelles. Je développerai deux situations cliniques issues de ma pratique d'éducatrice spécialisée en CMP adulte avec le paradoxe que la prise en charge et l'accompagnement ne sont pas conditionnés à l'obtention des papiers :



➤ **Vignette clinique sans l'obtention de titre de séjour, ni de certificat étranger malade :**

J'aborderai :

- Bricolage.
- L'éthique d'Antigone : Comment l'éthique réside dans agir.
- Le sentiment d'impuissance et la question de la réparation.

➤ **Vignette clinique avec l'obtention du titre de séjour :**

J'aborderai :

- L'accompagnement et la prise en charge vers une inscription citoyenne.

De par ma fonction d'éducatrice spécialisée je poserai un regard psycho-socio-éducatif au sens large du terme (histoire de vie ; parcours migratoire ; santé ; environnement socio-culturel ; alimentation ; rythme de vie...etc.) sur cette population, étayé par des approches pluridisciplinaires.

Mon regard clinique spécifique sur les migrants soulèvera différentes problématiques telles que : l'Identité, l'Exil, le Temps.

**La méthodologie sera la suivante :** exposition de situations cliniques selon une partition en 3 temps : phase préliminaire (accueil) ; phase liminaire (le présent actualisé) ; phase post-liminaire (l'obtention ou la non-obtention des papiers).

Et enfin je tenterai de montrer comment la trajectoire migratoire va faire écho au parcours citoyen. Il est entendu que cette question du citoyen sera analysée sous un double prisme, celui du citoyen de 'droit' et du citoyen de 'non droit'.

Avant d'entrer dans le vif du sujet de mon mémoire, il me semble important de présenter l'organisation de la psychiatrie à Marseille, mais également mon secteur d'intervention le CMP Belle de Mai du secteur 13G12, ainsi que le 3<sup>ème</sup> arrondissement de Marseille, et plus particulièrement le quartier de la Belle de Mai.

### **III/ L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE À MARSEILLE**

La psychiatrie générale est organisée en secteurs. Les secteurs se définissent autour d'un territoire d'environ 70 000 habitants. Un secteur dépend administrativement d'un hôpital public et déploie sur son territoire un ensemble de lieux de soins et de services selon une double dimension, intra et extrahospitalière.

L'adresse du lieu de vie (logement et hébergement) d'une personne la relie au secteur.

La ville de Marseille est découpée en 14 secteurs de Psychiatrie Adulte répartis entre :

- Le Centre Hospitalier Valvert avec 2 secteurs de psychiatrie.
- Le Centre Hospitalier Edouard Toulouse avec 6 secteurs de psychiatrie.
- La filière psychiatrique de l'AP-HM qui comprend le pôle Psychiatrie Centre divisé en 3 secteurs de psychiatrie et le pôle Universitaire de Psychiatrie SOLARIS divisé en 3 secteurs de psychiatrie.

#### ***Les procédures d'orientation vers les services de soins ambulatoires en psychiatrie pour les personnes sans logement personnel***

La charte sur l'affiliation aux soins ambulatoires des personnes sans logement personnel à Marseille, signée par le CH Valvert, le C.H Edouard Toulouse et la filière psychiatrique de l'AP-HM en 2014 définit les modalités d'accès présentées ci-dessous.

Elles font l'objet d'une expérimentation demandée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) à compter de mars 2015.

#### ***Modalités d'affiliation aux soins ambulatoires en psychiatrie***

A Marseille, les CMP de référence du patient se portent garants de cette réorientation.

Toutes les personnes bénéficiant d'un hébergement en CHRS, CADA, hôtel meublé ou logées par un tiers sont sectorisées en fonction de l'adresse de leur lieu de vie sans condition de durée dans l'hébergement.

Les personnes accueillies en hébergement d'urgence ou dormant dans la rue, en bidonville ou en squat sont orientées vers les services de soins ambulatoires en fonction de leur jour et mois de naissance via le même modèle de répartition que pour l'hospitalisation.

Parmi ces personnes, celles dont l'état physique ou psychique ne permet pas d'envisager un suivi ambulatoire en dehors de leurs zones de vie (porche, rue, quartier) seront réorientées vers le CMP de proximité.

Pour les structures d'hébergement qui disposent d'appartements en diffus, c'est l'adresse du lieu de vie des personnes et non celle de la structure gestionnaire des hébergements, qui fera référence pour l'orientation en CMP.

Aucune pièce justificative du lieu d'habitat des personnes ne sera demandée par les CMP. Cette indication pourra être transmise par les structures sociales aux CMP via une fiche d'orientation.

En cas de déménagement, le CMP devra prendre en considération le choix de la personne pour la réorienter ou non vers un autre lieu de soin. S'il y a changement de CMP, l'équipe du secteur transmettra l'information au nouveau CMP.

### ***L'Accueil des personnes en demande d'asile au CMP Belle de Mai***

Les personnes migrantes sont donc accueillies et prises en charge dans le cadre cités ci-dessus.

Notre pratique en CMP prend en compte l'accompagnement médical, psychologique, social, administratif et socio-éducatif de la personne.

Nous avons repéré trois cas de figures :

- Les personnes en procédure Dublin.
- Les personnes en procédure normale.
- Les personnes ayant reçu une obligation de quitter le territoire.

Cette troisième catégorie de personnes représente un grand nombre de nos accompagnements.

Une des principales difficultés rencontrées est l'absence de ressource (argent, hébergement, alimentaire, vestiaire... etc.)

Afin d'accompagner au mieux ce public, nous sollicitons divers partenaires associatifs, et des collectifs (La Cimade, le collectif Soutien Migrants 13 - El Manba, la PASS-Psy, la PASS de l'AP-HM ; Les écrivains public de la Belle de Mai, Imaje Santé, Secours catholique, La croix rouge, L'encre Bleue...etc.). Mais aussi la Fondation Abbé Pierre, les petits frères des pauvres, médecin du monde, Espace accueil aux étrangers, et des avocats.

## **IV/ PRÉSENTATION DU CMP ET MISSIONS GÉNÉRALES**

Il s'agit d'une unité de soins ambulatoires en psychiatrie générale pour adultes

C'est un lieu d'accueil et de soin en milieu ouvert, qui organise des actions de prévention, de diagnostic, de soins et d'intervention à domicile. Les soins y sont gratuits.

Le CMP est le premier interlocuteur pour la population, le lieu où sont exprimées les demandes de soins de la personne elle-même, de son proche entourage, de son environnement socio professionnel, scolaire...etc.

C'est à partir de ce pivot (conformément aux directives de la circulaire du 14 mars 1990) que s'organisent toutes les actions extra hospitalières en articulations avec l'hospitalisation, que s'élaborent tous les projets de structures alternatives pour éviter l'hospitalisation, réduire sa durée et aider à la réinsertion du patient.

### **Le CMP offre :**

- Une accessibilité aux soins.
- Un accueil quotidien par une équipe pluridisciplinaire.
- Une réponse adaptée à chaque situation.
- Une approche clinique, psycho sociale, environnementale dont la complexité est évaluée par les différents partenaires.

### **Le But :**

- La prévention et les soins des troubles psychiques.
- La prise en charge des patients après l'hospitalisation.
- Le traitement ambulatoire.
- Répondre à toute demande de soin exprimée.
- Assurer la continuité des soins, la réintégration progressive du patient dans une société dans laquelle il peut se sentir rejeté ou stigmatisé.
- Effectuer un travail de coordination et de réseau avec tous les autres partenaires de la cité.

## **V/ PRESENTATION DU CMP BELLE DE MAI SECTEUR 13G12 DE MARSEILLE**

Le CMP Belle de Mai est affilié au secteur 12 du Pôle centre-Ville du Centre Hospitalier Edouard Toulouse de Marseille.

C'est un centre d'accueil et de consultation pour adultes qui couvre la population du 3ème arrondissement de Marseille et des quartiers Arenc et Joliette du 2ème.

Selon le recensement en 2015 de l'INSEE, le secteur couvre une population de 58 845 habitants (47 325 pour le 3ème arrondissement, 1370 quartier Arenc, 1050 quartier Joliette). La file active du secteur en 2015 représentait 1291 patients, en 2018 elle est passé à 1480 patients (rapport d'activité du CMP).

### ***Les autres structures de soin du secteur 12 :***

- Une unité d'hospitalisation de 25 lits, installés dans un pavillon, le pavillon 'Trieste' qui se situe dans le C.H Edouard Toulouse, dans le 15ème arrondissement de Marseille.
- Un hôpital de jour 'Camille Claudel'.
- Un CATTP 'Maison Rose'.
- Des places d'accueil familial thérapeutique.

### ***Ce dispositif est complété par deux associations :***

- APPART13Collège12, qui capte et gère des appartements associatifs. Son objectif étant de favoriser l'insertion sociale, notamment par le logement et l'habitat, de personnes souffrant de difficultés psychologiques, et/ou en situation de précarité
- ARPSYDEMIO, créée en 1999, est situé au sein du CMP Belle de Mai. Elle développe des actions de formation et d'information en Santé Mentale, dans un objectif de déstigmatisation. Depuis 2016, ARPSYDEMIO favorise la réinsertion par la médiation du travail en milieu protégé ou ordinaire, en se servant de la reconnaissance du handicap psychique (Loi du 11 février 2005). Elle est aussi partie prenante de missions de formation, notamment en Mauritanie, en Algérie et au Vietnam, pays avec lequel un partenariat étroit existe depuis plusieurs années.

Ces deux associations représentent des passerelles entre les champs du sanitaire et du social.

### ***A/ Les principes fondateurs***

Les accueils sans rendez-vous et en urgence de nouveaux patients sont réalisés par les infirmiers ou les éducateurs sous forme d'une permanence quotidienne, relayée par une consultation médicale grâce à l'existence d'un créneau d'urgence quotidienne et nominativement identifié.

Les accueils programmés, reçus téléphoniquement ou en présence de la secrétaire font suite à un travail de liaison avec nos structures intra-hospitalière ou nos partenaires.

Les premiers accueils téléphoniques permettent également d'évaluer l'urgence de la demande et de proposer un accueil rapide, ou bien un rendez-vous programmé avec un des intervenants.

### ***La proximité des soins et la mobilité de l'équipe***

Les soins de proximité concernent mais parfois dépassent la proximité géographique grâce à la mobilité de l'équipe et au suivi engagé dans la ville auprès du patient, de sa famille et de son environnement en général.

Il s'agit d'une des caractéristiques du CMP 'Belle de Mai', de proposer des soins de proximité, c'est à dire les plus adaptés possibles à la situation de la personne et à son contexte, familial, social, environnemental.

Les visites à domicile en sont un des outils les plus courants. L'équipe se déplace sur les lieux de vie, accompagne dans les actes de la vie courante, aide à la gestion de l'habitat, effectue un accompagnement 'vers et dans le logement'

Les visites à domicile sont faites en binôme entre assistantes sociales, médecins, psychologues, éducateurs, infirmiers.

### ***Le travail en réseau***

Il relie entre eux :

- L'environnement.
- L'habitat.
- Les associations partenaires.
- Le contexte professionnel.

- Les médecins et infirmiers libéraux.

### ***La continuité des soins grâce à l'utilisation de différents outils***

La notion de soins ambulatoires ne peut s'imaginer sans une inscription dans un dispositif complet d'offres de soins adaptés :

- Accueil en hôpital de jour.
- Accueil à temps partiel au CATTP.
- Coordination vers la réinsertion par le travail.
- Hospitalisation.
- Urgences psychiatriques.

Au sein de ce dispositif sectoriel, on parle de rôle pivot, car la politique de soin doit s'articuler autour du CMP, qui a une position de proximité pour l'utilisateur, au cœur de la Cité.

A ce dispositif géré par le pôle (on parle de politique de secteur) s'ajoutera un travail en partenariat actif au sein des réseaux (médicaux, sociaux, et médico-sociaux) associatifs ou institutionnels (ex : réseau précarité, réseau politique de la ville...etc.).

Le CMP y apporte un travail de soutien, d'expertise, de coordination, de partage de savoir-faire.

### ***B / Les missions spécifiques du CMP Belle de Mai***

#### ***Mission spécifique liée à la précarité***

La continuité des soins comprend l'articulation avec les autres structures sanitaires ou sociales du secteur, par lesquelles les patients peuvent être pris en charge en amont ou en aval de la prise de soins au CMP.

Dans ce but, un travail de réseau est développé, en particulier en direction de la précarité, pour l'accès au logement et le maintien en logement autonome, en périnatalité, pour les personnes âgées. Chaque membre de l'équipe du CMP est engagé sur une ou plusieurs actions partenariales.

Le contexte du travail de secteur au CMP Belle de Mai est caractérisé par la précarité sociale de la population desservie. Les indices de précarité sont nombreux et souvent marqués pour les habitants du 3ème et du 2ème arrondissement de Marseille.

Par ailleurs, plusieurs lieux sociaux d'accueil, hébergement et accompagnement pour personnes 'SDF' y sont implantés. Il s'agit souvent de personnes présentant une grande précarité (errance) et une souffrance ou des troubles psychiques majeurs. Un travail de lien, avec les acteurs de première ligne qui accueillent ces publics, a été développé, pour la prévention et l'accès au soin. Des référents sont nommés au sein de l'équipe du CMP. Ils participent régulièrement au travail de réseau avec ces partenaires et se coordonnent avec l'équipe mobile de liaison intersectorielle psychiatrie-précarité pour faciliter l'accès aux soins.

### ***Mission liée à l'insertion par le logement***

Une des spécificités du secteur 12G12, réside dans le développement des lieux de vie et d'hébergement pour les patients. Cette orientation est ancienne. Elle a débuté en 1987 avec la création de l'association Alternative11, dont l'objet est d'offrir la possibilité de vivre en appartement à des patients très désocialisés, présentant des troubles sévères et nécessitant un accompagnement conséquent.

Il s'agit des principes de la santé mentale communautaire qui visent à soigner les personnes au plus près de leur lieu de vie.

Cette association a été dissoute en 2017 et c'est une association globale qui a pris le relai en généralisant le suivi associatif APPART13.

Aussi, depuis des années, le CMP a tissé des liens dans le domaine du logement, développé des savoir-faire, et créer des dispositifs :

- Dans le domaine associatif.
- Dans celui du sanitaire.
- Dans celui du médico-social tel que le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte handicapé (SAMSAH).
- En tissant le réseau santé mentale et logement (RSML).
- En créant Intermédiation locative (IML).



L'équipe chargée de la recherche d'appartement et du travail de réseau est incluse dans le fonctionnement du CMP, le développement de projets et de réseau pour multiplier les partenaires.

Un partenariat actif est réalisé notamment avec la Mairie de Marseille, l'équipe de l'Atelier Santé Ville, et l'équipe de Santé Publique de la Ville.

### ***Mission liée au réseau périnatalité***

Ce réseau nous semble important articulant étroitement les inter secteurs, les secteurs adultes et les unités somatiques, autour de la question de la prise en charge de la période de grossesse, de l'accouchement et des troubles des relations précoces parents-enfants. L'équipe pluridisciplinaire du CMP a développé un partenariat actif permettant de mettre en place un réseau d'acteurs investis dès qu'une situation difficile dans ce champ est rencontrée.

## **VI/ LE CMP DANS LA VILLE... DANS UN QUARTIER**

Dans le 3ème arrondissement on ne trouve pas de psychiatres ou de psychologues libéraux, par contre on y trouve de nombreuses structures sociales et médico-sociales, des hébergement d'urgence, centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) des associations, des collectifs, des hôtels meublés, des résidences accueil, des lieux de vies avec lesquels le CMP travaille en partenariat.

Le CMP Belle de Mai se trouve au cœur de cet arrondissement qui lui-même est situé au centre de la ville.

Dans le 3ème et 2ème arrondissement, on rencontre, plus que dans les autres secteurs de la ville, une partie de la population extrêmement paupérisée et précarisée. Cette population est polyculturelle (origine du Maghreb, Afrique, pays de l'Europe de l'Est, de l'Asie... etc.) avec une proportion importante de primo arrivants et de personnes en difficultés administratives.

Cet arrondissement est divisé en quatre quartiers officiels :

- La Belle de mai
- Saint Lazare
- Saint Mauront

- La Villette

Il est considéré comme le plus pauvre de la ville. 55% des habitants vivent en dessous du seuil de pauvreté (Insee 2016).

La pauvreté ne cesse de s'accroître ainsi que les inégalités.

Par ailleurs, les multiples structures d'accueil et d'hébergement social, les associations, mais également les logements à faible loyer, les squats et les vendeurs de sommeil attirent de plus en plus une population de Migrants.

Face à ce constat, nos pratiques professionnelles et notre cadre d'intervention a besoin d'être réinterrogé et réinventé.

### *L'équipe pluridisciplinaire*

Composition de l'équipe pluridisciplinaire du CMP et moyens en personnel

- 3.5 ETP médecins.
- 1 cadre de santé.
- 6 ETP infirmiers.
- 2,7 ETP de psychologues.
- 2 ETP assistantes sociales.
- 1 ETP éducatrice spécialisée.
- 2 ETP secrétaires.

## **VII/ RÔLE DE L'ÉDUCATRICE SPÉCIALISÉE EN PSYCHIATRIE ADULTE DE SECTEUR**

Au sein du CMP de la Belle de Mai et sur le terrain, l'éducatrice spécialisée travaille très souvent, et selon les situations, en binôme avec l'infirmier, l'assistance sociale, le psychologue et le médecin psychiatre.

Mais, elle peut également organiser ses interventions en totale autonomie.

Les importantes transformations de la société, le contexte de crise qui perdure et la complexité grandissante des situations rencontrées, invitent la psychiatrie à développer de plus en plus des équipes pluri disciplinaires.

Cette complémentarité permet d'avoir un regard et une approche 'généraliste'. Le premier bénéficiaire étant l'utilisateur.

L'éducatrice intervient là où il y a souffrance et marginalité (rupture sociale, fracture familiale, détresse psychologique et/ou biologique).

A partir d'actions au quotidien, (1<sup>er</sup> accueil, entretien individuel, de suivi et/ou d'urgence, VAD, accompagnements 'vers et dans le logement' activités artistiques et culturelles, ludiques), elle favorise le développement optimal de toutes les potentialités de la personne. Elle reconnaît ces personnes comme sujets dans des rencontres singulières.

Sa mission essentielle consiste à créer et/ou maintenir des liens entre et avec ceux qui se trouvent en difficulté, en voie de désappropriation de leur existence individuelle et sociale.

Elle restaure la parole de chaque sujet et leur identité. Elle confronte la personne à la loi. Elle l'accompagne à faire des choix, en lui permettant de mieux se situer vis-à-vis d'elle-même et de son environnement. Elle vise l'insertion sociale en recherchant l'émancipation et l'autonomisation de la personne. Elle dénonce les inégalités, tisse et renoue les relations sociales et les solidarités. Elle permet que les personnes reconstruisent leurs histoires et élaborent des projets individuels et/ou collectifs. Elle cherche à favoriser la négociation.

Sa mission la place au croisement d'un mandat que la société lui confie et d'une demande ou d'un besoin singulier. De ce point de vue, l'éducatrice s'occupe de cohésion sociale, d'intégration ou de réintégration des membres marginalisés. L'éducatrice est une travailleuse du quotidien ou de l'imprévu.

Étant près des personnes, l'éducatrice possède une connaissance très fine de ce quotidien. C'est à travers des relations, des activités et des tâches de tous les jours qu'elle réalise ses missions.

## **VIII/ LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN CMP**

- L'accueil.
- L'admission.

- Le suivi.
- L'orientation/coordination.

### ***Les outils thérapeutiques***

- Les entretiens.
- Les visites à domicile (VAD).
- La prise en charge médicamenteuse.
- Les réunions et travail de lien avec l'intra hospitalier.
- Le suivi psychologue.
- Le suivi social.

### ***L'entretien est la clé de voûte de l'accueil et de la prise en charge en CMP***

Il a tout d'abord un objectif professionnel qui est de recueillir des éléments significatifs de la vie du patient, d'adopter une neutralité dans l'écoute, de créer un climat de confiance mutuelle, permettant de construire, ensemble, le projet de soins.

Ces éléments constituent une approche bio-psycho-sociale des troubles psychiques de chaque personne.

### ***Le premier accueil***

C'est une réponse à une démarche entreprise par la personne avec un tiers ou non. Cette initiative est souvent difficile à prendre, aussi le délai d'attente doit être le plus court possible.

Pour cela, deux créneaux infirmiers/éducateur, le matin ou l'après-midi sont mis en place. La prise du premier rdv s'effectue par les infirmiers/éducateur. Ainsi par une évaluation clinique, le soignant va pouvoir donner un rdv plus tôt en cas de situation urgente.

Pour renforcer la qualité de l'accueil, un bureau d'accueil soignant est situé à côté du secrétariat. Le soignant aide ainsi les secrétaires et accueille toute personne avec ou sans rendez-vous. Son rôle sera alors d'évaluer, de prioriser, d'orienter. Au regard de l'importance ou de l'urgence, la personne pourra avoir son premier entretien directement avec un psychologue ou un médecin.

Ce qui me permet de revenir sur la définition de Fisher, et de dire que l'accueil est un acte professionnel complexe et déterminant, il est la première pierre dans la prise en charge. Accueillir nécessite que les personnes se situent dans une interaction et que le rôle de chacun soit bien défini.

***Deux prérequis qui me semblent importants***

- Reconnaître la personne et/ou sa famille comme partenaire dans la relation.
- La distance dans la relation.

Le rôle de l'entretien ne se limite pas à l'accueil, il occupe une mission stratégique d'orientation et de liaison entre les différents partenaires du soin et du médico-social.

Les personnes sont accueillies de façon différenciée et individualisée. Le travail relationnel vise à organiser ce temps d'entretien dans sa brièveté, sa répétition comme un temps d'écoute et de repérage, chaque passage introduisant de nouveaux éléments.

L'accueil est une étape de l'itinéraire avant d'être un lieu qui organise la continuité des soins.

Il faut être capable d'apprécier correctement son mode de relation et son influence sur la personne, son entourage, de contrôler ses réactions affectives et d'utiliser des modalités variées de relations et de communications.

***Je définis l'accueil en trois étapes :***

- Sécuriser la personne accueillie (donner des repères spatiaux, temporels, identitaires avec l'identification du personnel, présentation de la structure...etc.)
- Connaître la personne (recueil de données, récit de vie...etc.) Cette étape peut demander du temps, ce n'est pas une étape qui se fait dans l'immédiateté.
- Adaptation de la personne à sa situation et à son environnement.

## **IX/ SITUATIONS CLINIQUES RENCONTRÉES**

### ***Vignette 1 : Madame Vi***

#### ***Son histoire***

Madame est âgée à ce jour de 28 ans.

Elle est originaire d'Albanie.

Elle est issue d'une fratrie de 3 enfants (Une sœur et un frère). Ses parents et son frère vivent en Albanie. En 2018, sa sœur a fui son pays et vit actuellement en France.

Elle est mariée en Albanie et a un enfant / un garçon âgé actuellement de 6 ans (25/04/2013).

### ***Son parcours***

Elle est arrivée en France, directement à Marseille avec son fils en aout 2016.

Elle a fui son pays et a rejoint son compagnon/amant d'origine Albanaise.

Elle décrit un enfer conjugal, un mari d'une extrême violence, qui a tenté de la tuer en voulant l'égorger, la scène s'est entièrement déroulée devant l'enfant.

Elle décide de fuir pour 'sauver sa peau'.

A son arrivée elle dépose une demande d'Asile politique. Refus de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFRAP) en juillet 2017.

Elle a également fait un recours, mais il a été rejeté.

Elle quitte le Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (CADA) en aout 2017.

La famille sera hébergée quelques temps chez un ami Albanais.

En septembre 2017, elle 'fait une demande d'étranger malade'.

En Juillet 2018, sa demande est refusée.

Son fils est scolarisé.

Actuellement, elle n'a aucun revenu, si ce n'est des petits travaux de ménage qui lui sont proposés par des parents d'élèves.

Madame raconte 'qu'elle n'a plus aucun contact avec ses parents, peu après son départ le mari a réclamé une grosse somme d'argent aux parents de Madame, mais cela n'a pas été suffisant, il a passé à tabac son frère en le laissant pour mort, et en lui disant que c'était un cadeau de la part de sa sœur'.

Puis, il est revenu chez les parents exiger sa jeune sœur comme femme.

La jeune sœur a décidé de fuir, et vit actuellement dans un CADA en France.

La famille de Madame la rejette car 'elle désobéit à son mari'.

### **Parcours de soins**

## ***L'accueil***

Madame a été reçue en premier accueil par une éducatrice spécialisée le 26/10/2016 avec un interprète, et à la demande de l'équipe du CADA.

Un premier bilan de sa situation fut établi en tenant compte de l'histoire, du parcours, des origines géographiques, des conditions d'hébergements, des démarches administratives en cours, mais aussi des souffrances psychologiques évoquées et rapportées lors d'un entretien téléphonique par l'équipe du CADA.

La situation de Madame fut présentée lors d'une réunion Flash (tous les matins de 9 :00 à 9 :30).

Une prise en charge a débuté impliquant des RDV mensuels avec le psychiatre, deux consultations mensuelles avec le psychologue pour séances d'EMDR (Eye Movement Desentization and Reprocessing), technique spécialisée pour le SPT (Stress post-traumatique).

Elle souffre de troubles dépressifs sévères avec idées noires, repli sur soi, humeur très triste, apragmatisme, angoisses, insomnies et cauchemars qui s'intègrent dans un SPT consécutif aux menaces de mort et coups reçus de la part de son mari en Albanie.

La mise en place d'un traitement a été nécessaire.

## ***La rencontre avec Mme Vi***

A l'époque Madame est âgée de 25 ans

Elle avait regard 'très sombre' elle était sur la défensive, elle n'exprimait pas grand-chose.

L'entretien fut court.

L'interprète n'était pas aidant, il était complètement ailleurs, et pas du tout concentré, il envoyé des sms avec son téléphone portable. J'avais également l'impression qu'il ne traduisait que la moitié des propos exprimés.

Je me sentais démunis et très mal à l'aise face à ce comportement.

Il m'a fallu participer à un entretien médical, à la demande du psychiatre pour établir un début de lien avec Madame.

L'objectif de ma présence à cet entretien était de mieux comprendre sa situation actuelle, et de trouver d'éventuelles solutions à ses besoins immédiats.

Madame raconte qu'elle sort de chez un ami Albanais (ou elle loge) tôt le matin pour accompagner son fils à l'école, qu'elle le récupère pour le repas de midi et qu'ils déjeunent (un sandwich) à l'extérieur dans un jardin public.

Elle n'a le droit de rentrer chez l'ami Albanais qu'à partir de 18h.

Et cet hébergement est provisoire, il faut qu'elle trouve une solution rapidement

Entre temps son compagnon trouve un contrat à durée déterminée (CDD) dans un snack.

Le salaire est faible, mais cela leur permet de louer un studio à un 'marchand de sommeil'.

L'entretien dure environ une heure. Elle revient sur son parcours et sur son histoire, mais beaucoup sur ses conditions de vie actuelle. Elle comprend plus ou moins le français, elle a appris rapidement à parler cette langue, mais elle a aussi développé des stratégies de communication non verbale (les mains, les expressions du visage, les yeux), ce qui a permis de ne plus faire appel à un interprète.

Je suis assise à ses côtés, le médecin est en face.

Elle est triste, elle pleure, elle est très fatiguée, elle a maigri, elle baisse la tête comme quelqu'un de coupable. On voit une femme meurtrie, sa détresse est palpable. Elle verbalise clairement 'qu'elle tient le coup pour son fils, mais qu'elle n'a plus envie de vivre'.

Je déplace ma chaise et me rapproche d'elle, et sans réellement réfléchir je prends sa main, en même temps le médecin lui explique le traitement qu'il est en train de lui prescrire, pour son état dépressif, pour avoir moins d'angoisses et pour quelle dorme mieux.

Elle serre fort ma main.

Dans ces moments-là, avoir une attitude empathique peut apporter un cadre rassurant, et permet de créer un début de relation de confiance.

Je propose à Madame une rencontre avec le directeur de l'école, mon idée étant que l'enfant pourrait bénéficier gratuitement de la cantine (idée expliquée à Madame).

Le médecin propose également une prise en charge au CATTP afin qu'elle puisse bénéficier d'un lieu accueillant pour la journée, et ne plus rester dans le froid. C'est aussi pour qu'elle accomplisse un travail de réhabilitation et d'estime de soi.

Elle est d'accord.

Je lui propose de revenir me voir en entretien plus régulièrement, elle accepte, dans une visée de soutien.

Je contacte rapidement le directeur de l'école et l'équipe du CATTP.



L'enfant a bénéficié d'une prise en charge à la cantine, et elle fut accueillie à la journée (4 jours par semaine) au CATTTP de notre secteur.

Le directeur de l'école a fait preuve d'une exceptionnelle compréhension, et par ailleurs un collectif de parents d'élèves, et de professionnels de l'équipe éducative de l'école s'est constitué pour venir en aide aux enfants de famille migrantes scolarisées.

La cantine a été payée avec des dons provenant de ce collectif.

Madame est venue de plus en plus me voir au CMP, de manière formelle et informelle. Dans la mesure du possible j'ai toujours accepté de la recevoir.

Parfois les entretiens étaient liés à ses conditions de vie en France, à sa peur de recevoir une Obligation de quitter le territoire Français (OQTF).

Parfois ses demandes étaient très concrètes, souvent liées à des besoins primaires comme un colis alimentaire, une couverture, des vêtements... etc.

Sur le plan administratif, nous ne pouvons plus rien faire.

Actuellement, le dossier d'asile de madame est géré par une avocate spécialisée dans la migration des femmes Albanaise qui a accepté de s'occuper de l'affaire.

Depuis, la famille est hébergée chez un couple faisant partie d'un collectif d'aide aux migrants.

Madame survit tant bien que mal de 'petit travaux' mais elle est accueillie dans une famille aidante et chaleureuse.

Cependant, le risque de passage à l'acte suicidaire est élevé, et nous devons le prendre en considération.

La violence faite aux femmes en Albanie est connue, il existe toujours le Kanun. C'est une coutume ancestrale, qui est toujours pratiquée dans certaines familles. Cette coutume dit entre autre que la femme doit obéir à son mari, et rester auprès de lui, quelque que soit le comportement de ce dernier, l'homme a le droit de vie et de mort sur sa femme.

En Albanie les femmes n'ont pas vraiment accès à la justice et l'état n'accorde pas de protection à ces femmes battues.

L'avocate de Madame craint que le mari ne démarre une procédure de divorce en Albanie et obtienne l'autorité parentale, d'autant que l'enfant est un garçon.

Le fils de Madame est également pris en charge par une psychologue. Il va mieux, mais a été gravement traumatisé car il a été témoin des violences conjugales et menaces de mort

sur sa mère, il avait à l'époque 3 ans. L'enfant a présenté des troubles majeurs du comportement avec repli sur soi, énurésie, terreurs nocturnes, refus du contact.

Depuis janvier 2018 son compagnon doit quitter le territoire, elle s'inquiète pour lui, elle m'en parle, cet homme est un soutien pour elle et son fils.

Les administrations impressionnent Madame, elle a toujours peur que la police l'interpelle. Je l'ai accompagnée dans différents rendez-vous médicaux pour elle et son fils.

Un lien, une relation se sont créés tout doucement, elle sait que je n'ai aucun pouvoir de changer les décisions administratives.

Lorsqu'elle vient me voir au CMP sans RDV, et que je suis en accompagnement à l'extérieur ou en entretien, elle attend

Parfois elle me tutoie et parfois me vouvoie.

Parfois lorsque j'arrive elle me prend dans ses bras.

Au début, elle ne souriait pas, son visage était fermé. Depuis quelques temps elle sourit, il lui arrive de rire et même de plaisanter.

Elle a trouvé un lieu, un espace, un cadre protégé où elle peut parler de 'tout et de rien', sans enjeux de vérité.

Je suis toujours très soucieuse de ses conditions de vie, et de l'évolution de sa situation.

J'ai compris et accepté que mon rôle était juste de fournir un repère rassurant et d'être là.

Puis, ce 'être-là' lui permet d'apercevoir un brin d'hospitalité dans cette société qui pour le moment refuse de l'accueillir.

### ***Constat et Réflexion clinique***

La prise en charge de Mme Vi a suscité beaucoup d'échanges au sein de l'équipe, mais particulièrement auprès des infirmiers (es).

Effectivement, travailler avec un public migrant, nécessite de ré-interroger le sens que l'on met dans notre travail. Nous devons encore plus nous 'décentrer'

Dans les cahiers de rhizome de mars 2017, il est écrit : *'les difficultés liées à la clinique sont nombreuses et ce public met au défi les professionnels de santé, d'autant que beaucoup d'entre eux ne choisissent pas de travailler avec ce public mais s'en accommodent'*.

L'équipe du CMP est saturée, les demandes augmentent. Lorsque les personnes migrantes arrivent au CMP orientées ou pas par des partenaires, cela rajoute d'une part des souffrances méconnues, des traumatismes, une nouvelle précarité auxquels nous ne sommes pas forcément préparés et pour lesquels nous ne sommes pas outillés.

Mais également une autre façon de travailler. Effectivement ce public n'étant pas francophone, nous devons très souvent faire appel à des interprètes. Ce recours permet une compréhension mutuelle donnant accès à une prise en charge adaptée, il est donc nécessaire voire indispensable

Néanmoins, l'introduction d'un tiers est souvent vécue par les professionnels de santé comme une difficulté supplémentaire. Cela implique de modifier notre modalité de mise en lien, voire d'être vigilants avec ce tiers. En effet, cette présence non soignante contraint à une thérapie singulière qui doit permettre une co-alliance triangulée.

L'accompagnement de madame Vi a ouvert deux réflexions, celle de l'éthique d'Antigone et celle de la temporalité.

### ***L'éthique d'Antigone***

Pour ma part, je considère que j'effectue un accueil inconditionnel nécessitant parfois de mettre en œuvre une éthique d'Antigone.

En effet ce type de transgressions pose une question éthique. Il doit y avoir des possibilités personnelles et institutionnelles permettant une élaboration des pratiques hors normes. A cet égard, on peut osciller entre l'éthique d'Antigone (une éthique individuelle contre le groupe et une hiérarchie dépassée par les exigences du juste devoir) et une éthique groupale élaborée en institution.

Antigone a refusé l'ordre de Créon lui interdisant d'enterrer son frère. Par éthique, au mépris des complications de son acte et au nom d'une loi supérieure au règlement groupal et hiérarchique, elle enterre son frère.

Il y a de fait dans chaque praticien, dans chaque équipe, une éthique de type Antigone où chacun peut prendre le risque de faire les actes qui lui semblent orthodoxes, c'est-à-dire justes.

Ce type d'éthique est une option lorsque l'équipe ne propose pas l'élaboration d'une éthique groupale— ce qui serait l'idéal bien sûr. Mais il est parfois impossible de rapporter au groupe et à l'institution ce qui fait violence à la norme pour voir en quoi des comportements non normatifs peuvent être validés, ou pas, dans le cadre de la professionnalité.

**Le premier enseignement** de cette héroïne grecque, est de nous rappeler que l'éthique réside dans l'agir.

Selon le sociologue Max Weber 'l'éthique de la conviction c'est agir selon sa conscience'.

**Le deuxième enseignement** consiste à démontrer que l'exercice de l'autonomie dans la prise de décision éthique aboutit parfois à la transgression.

Selon Max Weber : 'l'éthique de la responsabilité c'est agir en tenant compte des conséquences de nos actes'.

Nous aboutissons à une translation celle de l'éthique d'Antigone à l'éthique groupale. Le médecin étant le responsable hiérarchique il permet que ces actes deviennent groupaux, lorsqu'il demande à son équipe infirmière d'agir en faveur de Madame Vi (ex : distribution de médicaments, entretien infirmier non programmé, accompagnement médicaux...etc.).

La hiérarchie fait fonction de loi et de lien.

Nous continuons donc d'accompagner Mme Vi. Le médecin psychiatre est mon principal interlocuteur. Dans cette situation notre accompagnement n'est pas conditionné à l'obtention des papiers, ni à un titre d'étranger malade.

Je ne travaille plus avec un binôme bien défini, mais toute l'équipe participe de près ou de loin à cet accompagnement. Et finalement, nous sommes tous 'concernés' pour et par Madame.

Nous allons aborder la seconde réflexion, celle de la temporalité.

### ***Le temps suspendu***

Lors d'une rencontre, elle annonce sa crainte de devoir quitter la France et retourner en Albanie, elle verbalise clairement 'préférerait se donner la mort'.

Cette femme a vécu l'horreur dans son pays, elle a fui pour ne pas mourir. Elle cherche l'hospitalité en France, et se retrouve en situation d'instabilité, dans une perpétuelle attente, et dans une forme de précarité tant psychique que matérielle. Cela me renvoie en miroir mon sentiment d'impuissance tant psychique que matérielle.

L'Albanie fait partie des pays dits 'sûrs', et au niveau médical la prise en charge n'est pas un problème.

Comme je l'ai déjà évoqué, le droit albanais est le droit de tradition civiliste appliqué en Albanie, ce droit contient encore des éléments du Kanun.

Le Kanun est le nom de codes de droit coutumier médiéval auquel se réfèrent encore certains clans, familles des territoires albanais du Nord, y compris au Kosovo, au Monténégro oriental et en Macédoine occidentale. Cette coutume ancestrale remonte au XVe siècle.

Il est aussi écrit dans le Kanun ' si une personne est déshonorée, il lui incombe de prendre des mesures pour obtenir réparation'.

Chez Madame VI nous pourrions penser cette expérience comme un temps et un espace suspendus. Le temps est entendu dans sa double dimension ; celle des horloges (temps social) mais aussi le temps psychique (temps vécu).

Il y aurait chez Mme Vi une dichotomie entre le temps social et le temps psychique. En effet, elle reste assujettie à une réponse sociale, celle de l'administration. Or son temps vécu s'inscrit dans un hors-temps car elle est dans l'attente d'une réponse non advenue.

Au niveau de l'espace, dans sa dimension matérielle, elle se retrouve confrontée à un lieu/espace où elle ne peut s'inscrire car c'est un lieu/espace temporaire et précaire.

Nous voyons se profiler ainsi une double dimension, celle d'un temps et espace suspendus à une attente révolue, dans un premier temps, (celle d'être déboutée), et dans un second temps celle de l'espoir.

L'espoir d'une vie ici, et l'impossibilité de retourner vers son pays d'origine.

Entre mobilité /immobilité, il y a ce temps suspendu. Madame Vi est comme figée dans le mouvement.

Nous devons être très vigilants à notre discours, et ne pas laisser planer l'illusion d'une éventuelle régularisation de sa situation, ou d'un avenir en France.

Mais alors, comment accompagner Madame Vi dans un contexte aussi fragile et incertain ?

Comment l'accompagner dans cette attente ?

Et l'attente de quoi ?

Et les risques sont nombreux.

Au-delà, de recevoir une OQTF, au-delà des menaces de l'époux, il existe aussi le risque de se retrouver dans une précarité et une forme d'errance en France

Elle a fui, vers un ailleurs, espérant qu'il soit meilleur, mais comment peut-elle se reconstruire avec un contexte d'insertion aussi précaire ?

Comment, de ma place d'éducatrice spécialisée en psychiatrie je peux l'aider à recréer des repères, un cadre rassurant et une identité ?

Comment l'accompagner dans sa quête de place dans une société choisie, pas forcément désirée, et qui de plus l'a rejetée plusieurs fois ?

Parfois l'incertitude de cette situation nous dépasse, et nous plonge dans un sentiment d'impuissance professionnelle, dans une forme de culpabilité, et d'une révolte mêlée à l'empathie.

Alors, notre savoir-faire devient un soutien humain (toujours à la limite du débordement).

Il est clair que l'attente crée un affaiblissement social, qui peut s'aggraver à mesure que se répètent les mises en pause.

Les personnes déboutées représentent un certain nombre de nos accompagnements. Une des difficultés rencontrée est l'absence de ressource, celle-ci ayant un impact direct sur leurs moyens de subsistances (hébergement, vestiaire, alimentaire.). Des lors que la personne est déboutée nous devenons l'un des seuls interlocuteurs.

Si la temporalité peut paraître floue, elle fait pourtant partie de nos outils d'accompagnement. Imaginons un trait continu sur lequel on aurait d'un côté le passé (ce qui a été) et de l'autre côté le futur (ce qui n'est pas encore) Nous voyons nettement que les deux temps sont séparés par le présent.

Alors, certes Madame Vi est figée dans ce temps-mouvement social, matériel et psychique. Mais elle n'est pas pour autant figée dans l'éternité.

Toute la complexité est de pouvoir rendre ce temps suspendu aidant sans qu'il devienne illusoire.

Madame est contrainte de vivre dans une zone un peu en marge mais pas totalement, elle n'est ni en dehors de la société, ni tout à fait à l'intérieur.

## ***Conclusion clinique***

La situation de Madame est précaire dans le sens où les objets sociaux de la société d'accueil n'ont pas encore été acquis (le travail, l'argent, le logement, la formation, les diplômes...).

Madame Vi ne possède pas ces objets, qui donnent les sécurités de base, elle n'a donc pas peur de les perdre, et malgré tout elle garde un dernier espoir.

Malgré l'attente, voire la pause imposée par les institutions, elle semble avoir choisi ' une mobilité imaginaire'.

Où se trouve le lieu d'attente de Madame ? se trouve-t-il dans ce temps suspendu ?

Est-ce que le temps suspendu aurait un pouvoir sur l'imaginaire de l'individu ?

Dans les représentations collectives de l'attente, le sujet n'agit pas. Cependant, bien que subie, l'attente n'a rien d'une activité passive.

Son quotidien est centré sur la suivie, et la survie demande beaucoup de force.

Mon intervention se situe principalement dans ce temps suspendu, incertain et provisoire.

J'essaie d'accompagner et d'apporter à cette femme une aide psychologique, parfois matérielle mais aussi qu'elle développe des interactions avec d'autres.

L'accueil, l'écoute et la disponibilité mutuelle deviennent un outil thérapeutique d'échange et de réflexion qui lui permet de cheminer dans ce temps suspendu et vers une construction identitaire.

Mon accompagnement s'étaye alors sur la relation formée à partir d'un prétexte qui fait projet.

## ***Vignette 2 : Madame Li***

### ***Son histoire***

Née le 18 mars 1988 en Albanie.

Elle a subi des violences physiques durant son enfance de la part de ses parents.

A l'âge de 16 ans, elle a été mariée de force par son père à un homme qu'elle n'a pas

choisi, et elle a eu ses deux filles. Cet homme l'a battue physiquement, elle décrit des coups en pleine tête avec des pertes de connaissance. Elle en porte encore les cicatrices. Elle divorce en 2011, elle obtient la garde de ses filles, mais son mari refuse de lui 'laisser' l'aînée.

En novembre 2013, elle quitte l'Albanie avec son frère et sa fille cadette pour la France. Ils font une demande d'asile.

La sienne a été acceptée, mais pas celle de son frère.

Son frère se donnera la mort par pendaison le 14 janvier 2016. C'est Madame Li et sa fille alors âgée de 7 ans qui le découvrent en rentrant au domicile.

Elle reçoit un énorme choc et s'effondre.

L'ex-mari de Madame Li vit depuis à Lyon avec leur fille aînée âgée maintenant de 14 ans et lui 'fait du chantage' en lui proposant de se remarier avec lui pour qu'il puisse bénéficier lui aussi de l'Asile politique et en 'échange elle pourra récupérer sa fille aînée'. Madame Li subit également la pression de son ex belle-sœur qui vit à Toulouse.

### ***Parcours de soins***

#### ***L'accueil***

Madame Li est accueillie et prise en charge au CMP depuis octobre 2016 (La demande initiale provient du médecin de l'OFPRA)

Elle a été accueillie en premier accueil par une infirmière, qui a fait une orientation vers un médecin psychiatre et une psychologue.

Au départ, Madame Li présentait une souffrance liée à son enfance, à ce mariage forcé et à sa vie de couple en Albanie.

Depuis le 14 janvier 2016 s'est rajouté un trauma lié au suicide de son frère.

Madame Li a un suivi régulier avec le médecin psychiatre et la psychologue.

Elle prend également un traitement pour : insomnie, état dépressif, angoisse.

En 2017, Madame Li verbalise au médecin psychiatre 'vivre dans un taudis insalubre loué par un marchand de sommeil'.

Le médecin l'oriente aussitôt vers l'assistante sociale du CMP.

L'assistante sociale met en route une demande de logement social, mais rien n'aboutit.



Madame Li continue d'exprimer au médecin psychiatre 'ses difficultés, ses peurs, ses angoisses liées au logement'.

### ***La rencontre avec Madame Li***

En décembre 2018, je suis sollicitée par son médecin psychiatre pour une prise en charge socio-éducative avec un projet spécifique autour du logement.

Je rencontre donc pour la première fois Madame Li.

Nous allons nous revoir de manière intensive en entretiens afin d'élaborer ce projet de relogement.

J'emploie volontairement le terme 'intensif', car en sortant de l'entretien avec Madame Li et le médecin, je pars avec l'infirmière référente de Madame en Visite à domicile (VAD). Nous découvrons alors un logement insalubre et dangereux. D'autres familles de migrants vivent dans cet immeuble de quatre étages. Des familles Syriennes et kosovares sans papiers, et qui s'aident mutuellement.

Le propriétaire est un 'loueur de sommeil', aucun locataire n'a ses coordonnées.

Nous quittons le domicile sous le choc et très inquiètes.

Au début de mon mémoire j'ai présenté les deux associations du secteur 13G12, dont l'association APPART13C12 (qui œuvre vers et dans le logement). Par chance, l'association dispose depuis quelques jours d'un appartement vacant.

Nous présentons à Madame le projet d'intégrer (plutôt rapidement) un appartement associatif avec tous les avantages mais aussi les inconvénients, à savoir :

#### **Les avantages :**

- Pas de frais d'agence, et pas de frais de caution.
- Appartement refait à neuf
- Don de mobilier (Gazinière, TV, deux fauteuils une place, et des bricoles utiles...).
- Prises-en charge immédiate avec l'assistance sociale référente de l'association.

#### **Les inconvénients :**

- Bail au nom de l'association
- Respect du projet de soin établi avec le médecin psychiatre.
- Mise en place de VAD (fréquence à définir avec madame).

Madame accepte ‘sans réfléchir’, mais nous lui demandons de prendre un peu de temps.

Elle revient le lendemain avec sa fille.

La mère et la fille sont enthousiastes et acceptent le logement.

Dans un premier temps, nous accompagnons Madame dans la résiliation de son bail.

Quelques jours plus tard nous établissons le nouveau bail, et effectuons l’état des lieux, afin que Madame et sa fille aménagent rapidement.

L’assistante sociale a effectué les changements d’allocations logement (APL) et d’adresse.

Un dossier de demande auprès de EMMAÛS France a été fait afin d’obtenir le matériel manquant (Frigo, Armoire, un fauteuil clic clac.).

Puis, nous avons effectué le déménagement de la famille.

Madame n’ayant pas de revenu suffisant pour louer un camion, nous avons emprunté un camion au C.H. Edouard Toulouse.

Madame n’ayant pas un environnement social suffisamment aidant, nous avons constitué une équipe pour effectuer le déménagement.

Trois professionnels de l’équipe du CMP se sont rendus disponibles toute la journée pour effectuer ce déménagement (infirmière, psychologue et éducatrice spécialisée).

A ce jour, Madame et sa fille vivent dans ce logement.

### *Constats et réflexions cliniques*

Très rapidement, nous constatons un certain apragmatisme chez madame. Elle ne prend aucune initiative, et nous devons tout organiser et gérer.

Son comportement nous interroge, nous l’évoquons en réunion clinique avec l’équipe pluridisciplinaire.

Nous questionnons les traumas vécus en Albanie, nous évoquons aussi ses difficultés de compréhension de langage.

Nous interpellons le médecin psychiatre sur d’éventuels problèmes cognitifs et/ou neurologiques.

Son médecin psychiatre revient sur certains points de son enfance avec un père violent et une mère soumise et inexistante.

Puis un mariage forcé très jeune avec un mari aussi violent, elle même soumise dans sa relation de couple.

Dans sa relation à l’autre, madame reproduit le schéma parental

Lors d'une VAD, nous découvrons par hasard qu'il n'y a plus d'eau chaude dans le logement. Surprises, nous lui demandons depuis combien de jours il n'y a plus d'eau chaude ?

Réponse : 5 jours

Je lui demande pourquoi elle n'a pas interpellé le gardien de l'immeuble et/ou l'association ?

Réponse : ' je pensais que l'eau était coupée tous les week-end'.

Cette réponse fut un déclencheur important pour la suite de la prise en charge.

Ce jour-là, Madame Li s'est effondrée en larmes. Elle a parlé de ses difficultés à vivre au quotidien, de ses souvenirs en Albanie, du sentiment d'abandon qu'elle a vis à vis de sa fille aînée.

Elle verbalise 'dans ma vie je n'ai jamais vécu dans un appartement aussi beau...jamais personne a autant pris soin de moi...jamais personne ne m'a autant aidée'.

### ***Conclusion clinique***

Nous étions convaincus que l'état psychologique de Madame Li s'améliorerait avec l'obtention d'un logement convenable, protecteur et intime. Un chez soi.

Nous avons certainement agi avec nos propres représentations du logement, et de l'Habiter, mais pas seulement.

Effectivement, nous avons aussi été poussés par un réel constat, à savoir :

Un logement insalubre, un immeuble de 3 étages vétuste et dangereux.

Cependant, nous avons confondu urgence et précipitation, et n'avons pas suffisamment pris en compte les repères affectifs et les codes socioculturels du pays d'origine.

Madame Li réside en France depuis 7 ans. Elle a toujours vécu dans des 'taudis'. Mais dans ces immeubles et logements précaires elle partageait avec d'autres migrants 'le déracinement', et maintenait des liens quotidiens. Avec eux, elle inventait des modalités d'adaptation pour 'habiter' l'espace.

Aussi précaire soient-ils, ces endroits sont des lieux de solidarités, ou ils existent de forts liens communautaires. La vie dans ces immeubles s'organise selon des modèles familiaux.

Le psychologue nous renvoie vers ‘ un isolement social et affectif depuis le déménagement’.

Mais alors, comment habiter lorsqu’on est en exil ? Est-ce qu’un toit sur la tête suffit à se sentir chez soi ?

Jean Marc Besse propose la notion ‘ *d’habiter en mouvement*’. *La sédentarité et l’acte de bâtir ne sont plus premiers : c’est plutôt le déplacement qui impose ainsi un autre rapport aux lieux et à la durée. La maison n’est pas immobile comme une plante ou un arbre, et habiter ce n’est pas s’enfoncer dans le sol ou en émerger. Habiter, c’est aussi pouvoir s’installer sans racines et faire une vie là où l’on se trouve provisoirement.*

Dans ces conditions, ‘habiter’ ne se pense plus forcément à partir d’un lieu, mais ‘*d’un espace constitué par les relations entre des lieux que nous fréquentons de façons plus ou moins prolongée, dans le cours d’un trajet de vie*’.

Au monde fluide du post-modernisme, qui postule le mouvement comme habitat, Jean-Marc Besse oppose un monde où l’on peut déplacer sa maison en différents lieux, mais cette maison, à chaque fois, offre bien la sécurité nécessaire pour que l’on puisse ‘ lui confier son sommeil’.

## **X/ CONCLUSION GENERALE**

Je m’interroge souvent sur les frontières de mes pratiques avec ce public

Entre une position soignante, éducative, citoyenne parfois les trois en même temps et parfois à la lisière du bénévolat !

Je m’adapte selon les situations, les moments et les attentes des personnes. J’ai accepté l’idée de ‘bricolage’.

Dans tous les cas, mon positionnement professionnel ne peut s’opérer qu’avec un certain engagement.

L’accueil de ce public ne peut nous laisser indifférents, et sans positionnement politique.

Actuellement, les personnes que nous accueillons sont majoritairement d’origine Albanaise avec beaucoup de femmes avec et sans enfants, Africaine et Arménienne.

Nous avons repéré plusieurs cas de figures (non exhaustif)

- Les personnes en procédure Dublin.
- Les personnes en Centre d'accueil des demandeurs d'Asile (CADA).
- Les personnes ayant reçu une OQTF.

Les personnes déboutées représentent un grand nombre de nos accompagnements, et notre intervention devient compliquée et déstabilisante, mais aussi engagée et militante.

Notre approche se centre sur une réflexion pluridisciplinaire avec des apports théoriques pour chaque situation (ex : géopolitique du pays d'origine ; le concept d'anamnèse ; ressource familiale et sociale ; bilan de la situation administrative, financière et locative...etc.) mais également des éléments de compréhension et de maîtrise des codes culturels.

Afin de permettre une prise en charge plus adaptée et éviter la psychiatrisation des situations de détresse, il est important de ne pas tomber dans un système de bricolage qui peut parfois mettre en difficulté le migrant, mais aussi le professionnel.

De même, il est indiscutable que l'attente est néfaste pour les personnes en demande d'asile. Elles ont l'impression de perdre leur temps, se sentent seules avec leurs souffrances. Peu à peu elles développent un vécu d'inutilité et d'oubli.

La situation des migrants peut évoquer la pièce de théâtre '**En attendant Godot**' de Samuel Beckett.

Cette pièce fait écho à la désespérance des personnes en demande d'asile que l'on reçoit en CMP.

Dans cette pièce, deux vagabonds se retrouvent sur un bout de terre à la tombée de la nuit. Vladimir et Estragon ont rendez-vous avec un certain Godot, qui tarde...qui est il ? Peu importe, il faut l'attendre. Alors, pour tuer le temps, sous un arbre sans feuille, ils se parlent, se disputent et se réconcilient. Sans cesse.

Des inquiétudes naissent : sont-ils au bon endroit ? le bon jour ? Godot est-il déjà passé ? Que faire en attendant ? une routine mortifère qui sera bousculée par l'arrivée de deux personnes. Quelques jours après, les deux nouveaux venus disparaissent, et les deux vagabonds se retrouvent à nouveau seuls sur scène.

Godot n'est pas encore venu. Un jeune garçon apparaît, envoyé par l'absent, pour dire qu'il viendra demain. Vladimir a l'impression d'avoir déjà vécu cette scène, mais le garçon ne s'en souvient pas. Cette même scène se répète alors tous les jours.

Les années passent. Vladimir et Estragon sont toujours au même endroit et attendent encore Godot qui semble-t-il représente pour tous les deux une sorte d'espoir qui les aide à supporter la vacuité de leurs vies.

La fin de la pièce ne réserve aucune surprise : le garçon vient encore et toujours délivrer le même message mais sans se souvenir d'être venu la veille. Les deux compères envisagent de se suicider en se pendant à l'arbre.

Cette pièce n'est pas sans rappeler l'actualité et le parcours difficile des migrants.

En effet, ces derniers, comme les deux personnages de Beckett s'empêchent dans des lieux sans identité pour tout une série de raisons : attente du passeur, attente d'un visa, attente d'un renvoi, attente d'une sœur, d'un fils, attente d'un titre, un certificat...attente et encore attente !

Les migrants attendent pendant des années une situation meilleure, pour pouvoir se poser enfin grâce à des papiers.

Certains comme Madame Vi avouent le poids de leurs soucis et les envies d'en finir avec la vie.

Ils ont un vécu et un parcours pré-migratoire, migratoire et post-migratoire souvent traumatisant. Leurs fragilités psychiques et psychosociales engendrent une grande détresse et un stress profonds.

Le plus important pour le demandeur d'asile est de retrouver une identité. Une identité sur laquelle se recentrer. Car il est en recherche perpétuelle. Cette recherche lui est nécessaire pour se construire une identité dans le pays d'accueil et trouver un sens à sa vie.

Afin d'approfondir et de permettre une meilleure prise en charge, il me semble nécessaire d'avoir :

Des formations sur l'interprétariat avec le centre OSIRIS (plateforme d'interprétariat spécialisé dans le soin) ; Des formations sur le trauma ; Un éclairage sur les différents titres de séjours et les procédures juridiques ; Un annuaire des avocats et juristes avec lesquels

nous pouvons travailler ; Un annuaire des associations et des collectifs de soutien aux migrants ; L'allongement de la durée du premier accueil (de 40 minutes à 1 heure), et des mises-en place d'espaces et d'entretiens informels.

En tant qu'éducatrice spécialisée mon rôle auprès des migrants est multiple et varié. J'accompagne les migrants dans des différents temps de leur vie en exil. Je chemine avec eux dans des espaces parfois incertaines, ou ils sont souvent exclus. Dans certaines situations il m'arrive d'osciller entre l'éducatif, le thérapeutique et le pédagogique. Je travaille donc en binôme (IDE ; AS ; Psychologue ...etc.). Par ailleurs, la grande autonomie dont je dispose me permet de construire une posture professionnelle au gré des accompagnements.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **OUVRAGES :**

CHAUCHARD Paul : 'L'accueil : psychophysiologie et éducation cérébrale de la réceptivité'. Ed. Universitaire Paris 1971, (page 16). 171 pages.

FISCHER Gustave Nicolas : 'Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale'. Ed. Dunod 2<sup>e</sup> ed. Paris 1996 , ( page 42).

BESSE Jean Marc : 'Habiter un monde à mon image' Ed. Flammarion, 2013, 264 pages.

### **ARTICLES DE REVUES :**

- CAIRN.INFO : Psychanalyse et pratique d'une éthique 2009/1 N°106 pages 129 à 133

Sylvie Roger : Psychanalyse et Cécile Lambert : professeure émérite et chercheuse.

### **REVUES :**

Hommes & migrations : Revue trimestrielle N°1323 Octobre-décembre 2018.

Les cahiers de RHIZOME : L'interprétariat en santé mentale #55. Février 2015.

Les cahiers de RHIZOME : Cliniques et migration #63 Mars 2017.

### **SITE INTERNET**

Site internet de l'ORSPERE-SAMDARRA

Site internet de l'INSSE : <http://www.insee.fr>

Site internet : <https://www.cairn.info>

Site internet : [www.ones-fr.org](http://www.ones-fr.org)

Loi du 11 février Handicap psychique : <https://www.legifrance.gouv.fr>

Circulaire du 14 mars 1990 : <https://www.legifrance.gouv.fr>

<https://marsactu.fr/agora/marseille-ville-pauvre-ou-ville-de-pauvres/>

Rapport de mission en République d'Albanie : <http://www.cnda.fr>

<https://elmanba.noblogs.org>



<https://www.lacimade.org>

<https://www.imajesante.fr/lassociation-imaje-sante>

<http://www.centresiris.org>

<https://alencrebleue.fr>

<https://www.fondation-abbe-pierre.fr>

<http://www.marssmarseille.eu/activites-de-soins/equipe-de-rue>

<https://www.secours-catholique.org>

## **COURS UNIVERSITÉ :**

Éthique et esthétique en psychanalyse : Professeur B. SALIGNON Texte 2 ‘HABITER’.

### **Liens :**

Migrations et sociétés ; Leçons inaugurales de François Héran

<https://www.franceculture.fr/emissions/les-cours-du-college-de-france/migrations-et-societes-lecon-inaugurale-de-francois-heran-0>

### **Émissions :**

<https://www.franceculture.fr/emissions/les-pieds-sur-terre/enquete-sur-le-3eme-arrondissement-de-marseille-12-larrondissement-le-plus-pauvre-de-france>

## **ANNEXES :**

**Cadre général d'intervention de l'Éducateur spécialisé :** <http://www.ones-fr.org>

L'intervention de l'éducateur spécialisée se situe dans le champ du handicap (fonctionnel, sensoriel, psychique, intellectuel, troubles invalidants), de la protection de l'enfance, de l'insertion, de la réinsertion sociale et professionnelle ou de la prévention spécialisée auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes isolés mais aussi de couples, de familles ou de groupes.

Sa démarche vise à permettre à des personnes en difficultés d'agir sur elles-mêmes et sur leur environnement pour que leurs conditions sociales, éducatives, psychiques, matérielles ou de santé s'améliorent, dans un but immédiat et/ou plus lointain.

L'éducateur(trice) spécialisé(ée) adopte une posture singulière qui lui permet de construire des connaissances en fonction de situations dans lesquelles il est impliqué.

En ce sens, son approche pratique est réflexive et tient compte de la complexité des personnes, des situations ou des contextes. Elle ne peut se réduire à l'application de connaissances acquises. Elle est guidée par le souci de co-construire du sens en présence des personnes, dans la pratique, pour comprendre ce qui se passe, entreprendre une action qui vise un changement dans des situations dans lesquelles sont intriquées des dimensions psychiques, sociales, éducatives, économiques et de santé.

L'éducateur(trice) spécialisé(ée) procède en ce sens d'une articulation entre pratique et théorie qui tient compte de sa propre implication, d'une recherche de la juste distance, de la singularité des situations et des rencontres entre personnes qui sont dans des positions différentes, de la complexité et de la prise de risque comme un possible levier de changement.

Cette posture requiert des capacités adaptatives, une faculté à se décentrer de soi, à échapper à l'illusion de la maîtrise pour finalement accepter l'incertitude comme facteur fondamental de transformation.

Ce cadre général est important car il nous laisse apercevoir le large panel de nos interventions mais aussi la grande autonomie dont on dispose

<p style="text-align: center;"><b>Accueillir pour soigner ?</b> <b>Quelle Relation d'Aide avec les Migrants ?</b></p>
---

Mots Clés : Accueil ; l'Accompagnement ; Ethique d'Antigone ; la temporalité.

**RESUME :**

J'exerce en tant qu'éducatrice spécialisée au CMP de la Belle de Mai dans le 3eme arrondissement de Marseille. Ce secteur accueille des personnes issues de la migration. Le sujet de mon mémoire est axé sur 'L'accompagnement des migrants en CMP'. Ce sujet soulève différentes problématiques telles que : L'accueil et la relation d'aide.

Pour y répondre, j'ai travaillé deux situations cliniques. La situation de Madame Vi qui questionne l'éthique d'Antigone et la temporalité, et celle de Madame Li qui interroge l'accompagnement socio-éducatif, et les modalités de l'Habiter.

A travers ces situations, j'essaie de montrer les difficultés de prise en charge de ce public, et la nécessité de travailler en équipe pluridisciplinaire et en partenariat.

**Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »**

Rédigé sous la direction de Monsieur Nicolas Chambon

Année 2018-2019