

**Accompagnement des familles de migrants précaires dans
un centre médico-psychologique en pédopsychiatrie.**

Evolution de nos pratiques autour de nouveaux enjeux

Chantal PETAVY

DIU Santé Société Migrations

2015

SOMMAIRE

Introduction

I - LE CMP et son implantation dans le quartier

- A. Missions du CMP
- B. Fonction de l'assistante sociale

II - Contexte sociétal et législatif et incidences sur les demandes de soins

- A. Précarité et Migrants
- B. Mutations sociales et cadre législatif

III - Réflexions générales sur l'évolution

- A. De nos missions et outils de soins
- B. Des pratiques de l'assistante sociale

IV - Illustrations avec présentation de situations et commentaires

- A. Première demande en 2002
 - Effets repérés
 - Difficultés rencontrées
- B. Treize ans plus tard...
 - Effets repérés
 - Difficultés rencontrées

V - Perspectives

Développer des appuis par :

- la posture de proximité
- la professionnalité
- la formation et la supervision

Conclusion

Dans le cadre d'une pratique d'assistante sociale dans un service de soins en pédopsychiatrie depuis trente ans, j'ai pu éprouver ces dix dernières années à la fois malaise et difficultés pour ajuster ma fonction au public de familles et d'enfants accueillis au CMP (Centre Médico Psychologique) et inscrit dans des trajectoires migratoires souvent complexes et douloureuses marquées par une précarité psychique et sociale.

L'exclusion, conséquence de leur vulnérabilité sociale et administrative dans l'attente d'un droit de séjour et d'un hébergement est doublée le plus souvent pour les familles consultant au CMP, de l'exclusion, conséquence de la psychopathologie du ou des enfants. En effet, le parcours des enfants atteints de troubles sévères du développement fait aussi intervenir une représentation du sujet social fragile, menacé dans un statut souffrant, dégradé, déficient parfois et désaffilié socialement. L'équipe va proposer une place dans le soin à l'enfant, tout d'abord difficilement pensable dans un ailleurs et ensuite, avec des tentatives d'aménagement d'inscription sociale en crèche ou à l'école. Ces chaos successifs dont nous sommes témoins et notre impossibilité à changer le cours des choses imposent de suivre et accompagner, par l'ajustement de nos pratiques, ces bouleversements dont nous sommes témoins.

Je propose dans un premier temps de présenter les missions de notre service et la fonction de l'assistante sociale pour développer ensuite les incidences des nouvelles législations sur les publics précaires, spécifiquement les migrants précaires. Pour mettre en évidence l'évolution de nos pratiques de soins et d'accompagnement social, je choisis d'évoquer nos interrogations à partir de trois situations de familles adressées au CMP sur une période de treize ans.

Cette réflexion cherche à interroger la pertinence d'un modèle de prise en charge que nous avons adopté c'est-à-dire de proposer dans une même enveloppe qui est l'équipe du CMP, le soin et l'accompagnement social. L'accompagnement social s'étayera de façon différente dans cet écart de temps. Il pourrait de ce fait s'agir d'une sorte d'état des lieux qui ouvre des perspectives, des postures et des outils complémentaires. Comment accueillir en CMP à la fois la singularité de l'histoire d'une famille et l'inscrire aussi dans une trajectoire sociale et géopolitique, particulièrement dans un contexte de précarité ?

I - LE CMP ET SON IMPLANTATION DANS LE QUARTIER

J'exerce mon activité d'Assistante Sociale dans un Centre de consultations médico-psychologiques relié à un service de pédopsychiatrie lui-même rattaché à un pôle du Centre Hospitalier le Vinatier à Bron. Il accueille des enfants accompagnés de leurs parents, du premier âge jusqu'à leur majorité, présentant des troubles psychologiques ou des psychopathologies plus sévères (troubles du spectre autistique). Le financement des soins y est assuré, sur un mode forfaitaire par la Sécurité Sociale sans paiement direct de l'utilisateur.

Ce Centre Médico Psychologique est par ailleurs hébergé dans un Centre Médical mutualiste qui offre une activité de consultations de médecine générale et spécialisée avec aussi des activités para médicales (soins infirmiers, examens de laboratoires, soins dentaires...). Il reçoit une patientèle socialement mixte correspondant au profil sociologique du 3^{ème} arrondissement. En effet, ce CMP localisé dans le 3^{ème} arrondissement depuis 1981, bénéficie d'une implantation dans un quartier caractérisé par une population très hétérogène où voisinent un secteur administratif et commercial, animé autour de la Part Dieu, un secteur intégré au programme de contrat urbain de cohésion sociale de la Ville de Lyon et un quartier plus résidentiel autour de la Préfecture.

Cette mixité sociale représentative d'un public très diversifié s'adressant au CMP a pour effet d'une part de développer des réseaux de partenariats conséquents dans un quartier riche en structures d'accompagnements et de recevoir un public dont les problématiques de santé mentale et leur symptomatologie peuvent être extrêmement variées.

A. Missions du CMP

Le CMP est animé par une équipe pluridisciplinaire composée de pédopsychiatres, psychologues, infirmiers et éducateurs, orthophonistes, psychomotriciens, une secrétaire et une assistante sociale. L'approche clinique psycho-dynamique, d'orientation psychanalytique favorise des approches et des réponses diversifiées dans le cadre des soins et de la prévention.

Il propose des consultations médico-psychologiques et des soins ambulatoires individuels et groupaux s'articulant avec un travail régulier de consultations familiales et

d'accompagnement social de l'assistante sociale. Les soins ambulatoires individuels proposés, le plus souvent dans une fréquence hebdomadaire mais aussi bi hebdomadaire, sont des prises en charge psychothérapeutiques, orthophoniques et psychomotrices. Les prises en charge groupales consistent en des petits groupes thérapeutiques animés par deux ou trois soignants avec aussi psychodrames et possiblement groupes à médiation (contes...).

Si les troubles de l'enfant nécessitent des soins plus importants, le consultant indique alors un soin institutionnel séquentiel dans d'autres unités du même service, en hôpital de jour ou en CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) ou encore dans le cadre d'un Relais d'Accueil Familial Thérapeutique, dispositif mis au service de l'ensemble du pôle de pédopsychiatrie. Parallèlement des consultations familiales régulières sont assurées par le consultant référent soit un pédopsychiatre ou une psychologue ou en binôme selon l'indication et les mobiles de la demande. Si la situation sociale de la famille ou scolaire de l'enfant fait l'objet de préoccupations conséquentes pour et autour de la famille, l'assistante sociale peut être alors co-consultante ou propose en parallèle un accompagnement social. La fréquence des consultations varie selon le parcours et l'évolution des soins sur un rythme le plus souvent bimensuel, mensuel ou bimestriel.

B. Fonction de l'assistante sociale en CMP

L'institution de soins est encouragée à créer et développer un partenariat extérieur et se préoccuper de ce qui se passe autour du soin. La fonction de l'assistante sociale est particulièrement sollicitée puisque c'est dans l'articulation de ces pôles dedans/dehors, individu/groupe social que se précise l'approche spécifique de l'assistant social.

Tenir une mission sociale dans une institution de soins implique une place dans ces deux champs d'approche distincts à un point de rencontres de deux espaces et deux réalités. Cette situation d'interface confère alors à l'assistante sociale une double appartenance constituée d'un pôle social par sa formation initiale et son identité dans la communauté et d'un pôle clinique qui est l'identité de l'équipe considérant la souffrance psychique de l'enfant et de sa famille. Appréhender cette double dimension interne et externe, de l'individu dans le groupe social, implique un regard clinique possible dans le champ social et

un regard social possible dans le champ clinique. L'assistant social reste garant de ce qui n'est pas tenu par l'autre soit la réalité sociale avec l'équipe de soins et la réalité de soins avec les partenaires.

Tel est l'enjeu de la relation d'accompagnement social auprès des familles consultant au CMP, dans cet espace transitionnel entre le monde extérieur du sujet et sa réalité interne.

Les premières familles rencontrées dans le contexte d'une demande d'asile nous ont fortement mobilisés voire « ont bousculé » nos cadres de travail pré établis. L'interdisciplinarité de l'équipe avec l'assistante sociale, dont la fonction la prédestine à tenir la question sociale, va nous aider à co-construire des formes de prise en charge. Proposer le soin d'un ou des enfants et l'accompagnement social de la famille dans une même enveloppe, le CMP, va être un mode de réponse que nous allons adopter. Nous allons examiner comment nous avons mis en place ces modalités de soins et d'accompagnements et les situer dans une période de transformations importantes de nos pratiques en résonnance avec les évolutions législatives de ce début de siècle.

II - EVOLUTION DU CONTEXTE SOCIETAL ET LEGISLATIF

A. Précarité et migrants

Si je choisis de cibler particulièrement la précarité des situations d'exil en les contextualisant dans ces quinze dernières années, on peut toutefois considérer que les demandes de consultations au CMP sont globalement marquées dans cette même période par des précarités sociales et psychiques grandissantes. La prégnance de l'impact social émerge plus largement dans l'expression de problématiques éducatives, de fragilités familiales en lien avec une absence, perte ou menace d'emploi, des ruptures et des attaques des liens familiaux et/ou d'isolement des familles. Bon nombre de familles sont donc traversées par des préoccupations de première nécessité ; la précarité prend alors toute sa mesure dès lors qu'il s'agit, comme le souligne J. FURTOS,(1) « de l'obsession de la perte possible ou avérée **des objets sociaux** »(1).

1. J.FURTOS. Les cliniques de la précarité. Contexte social et air du temps. p.14

Au début des années 2000, les consultations de Médecins du Monde implantées alors dans le même dispensaire médical que le CMP ont initié et favorisé l'adresse dans notre service de familles de « migrants précaires » dont les enfants présentaient des troubles psychopathologiques. Ceux désignés selon la terminologie proposée par N.CHAMBON (2) correspond au public de migrants en quête d'un titre de séjour, d'un statut de réfugié après une demande d'asile, d'un hébergement, d'un droit au travail et soumis à une procédure longue, captive et parfois vaine pour obtenir une possible régularisation de séjour.

Cette attente succède bien souvent à des situations traumatiques, en tous cas extrêmement douloureuses à l'endroit de la rupture avec leur pays d'origine et leurs attaches et révèle une souffrance voire une détresse familiale déposée dans les consultations. Cet état de précarité est le plus souvent associé à un déclassement social entre leur histoire antérieure et leur situation présente de migrant en quête d'un nouveau statut en France. En effet, la plupart des familles rencontrées au CMP ne connaissaient pas forcément cette situation de précarité avant de vivre des situations de menaces ou de violences traumatiques, de maladies graves et de devoir en conséquence, fuir ou quitter leur pays.

Pour rendre compte de la situation de précarité que rencontre le public de migrants précaires, je propose de retenir la définition de J WRESINSKI (3) : « La précarité est l'absence de sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. Les sécurités de base dont il est question sont le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'école et l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial, le lien social... » tout en rajoutant selon G.PEGON que « la précarité peut être vécue indifféremment comme une atteinte plus ou moins organique, psychique, sociale, morale voire politique » (4).

2. N. CHAMBON Rhizome n° 48(juillet 2013) Le migrant précaire comme figure de débordement

On note que dans les familles de migrants précaires, la mère est généralement l'interlocutrice principale à moins de ne parler et comprendre le français et/ou d'être extrêmement fragilisée. Les familles que nous rencontrons au CMP sont le plus souvent composées d'un couple parental mais parfois monoparentales (mère) avec des fratries allant de 1 à 4 enfants. Le père d'abord absent physiquement au CMP, prend place plus tard dans les propos de sa conjointe qui rapporte souvent son désarroi de ne pouvoir assurer le rôle que lui confère la paternité soit de donner par le travail, un toit et à manger à ses enfants. De plus, on peut se demander aussi si le rapport de genre n'intervient pas culturellement pour expliquer son absence sur des scènes sociales où les avocats, les médecins et soignants, les enseignants, les travailleurs sociaux sont majoritairement des femmes et de surcroît parfois plus jeunes.

Recevoir un groupe familial dans un contexte de précarisation associé à une demande de séjour est lourd dans les procédures administratives. C'est aussi complexe par ce que la situation peut désorganiser et conflictualiser dans les différents liens (couple/parents-enfants/fratrie).

B. Mutations sociales et cadre législatif

Parallèlement, on assiste dans les années 2000 à une succession de législations donnant un tournant radical aux politiques publiques dans le champ de la santé, du droit des usagers, de la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, de la Protection de l'Enfance, du handicap, de l'autorité parentale... Cette évolution vient se superposer à la situation spécifique des migrants précaires. En préalable, la loi du droit des usagers en 2002 a modifié considérablement la place et le rôle des usagers, les désignant acteurs et responsables de toute décision prise. La question de la place sociale est posée. Cette loi devient déterminante dans le paysage social, médico-social et sanitaire.

3. J. WRESINSKI. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris J.O 1987.

4. G. PEGON Module DIU Santé Société Migrations mars 2015 G. PEGON Paroles et altérité

Dans l'esprit de la loi et de celles précitées, l'usager, mis au centre de tous les dispositifs, doit être celui qui initie parfois, demande des prestations, des services et sollicite la participation des professionnels pour soutenir sa démarche. Il est entendu qu'un certain nombre de familles avec une parole socialement validée, épousent tout à fait les principes de cette législation et expriment leurs besoins de soins et d'accompagnement social explicitement. Ceci n'est d'ailleurs pas toujours aisé à recevoir, selon que leur demande fait appel à un savoir-faire et à des compétences ou à une commande de services dans une démarche apparentée à une forme consumériste. Par contraste, qu'en est-il des familles égarées par la méconnaissance du cadre social et législatif, des missions des services ou des professionnels rencontrés, des méandres administratifs, de la difficile représentation des offres de soins pour les enfants, aspirées par des préoccupations invasives d'un quotidien en péril ?

Les politiques publiques centrées sur l'affirmation des droits des personnes, la prévention et l'approche par territoires avec une politique de la ville ont favorisé l'organisation de nouvelles formes de partenariat et le développement de réseaux et coordinations. Les services de l'Etat, l'Agence Régionale de Santé, les collectivités territoriales et les associations convergent dans des directions communes avec, pour toile de fond, une rationalisation de la protection sociale et une offre volontariste aux problèmes d'exclusion. (Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions/ Juillet 1998).

Du côté du soin, la réforme hospitalière avec tout d'abord la nouvelle gouvernance du plan hôpital 2007 et la mise en place des pôles puis en juillet 2009, la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire), a considéré à la fois le contexte de pénurie de moyens et celui d'une hétérogénéité de la demande dans une ouverture des champs d'activité de la pédopsychiatrie. Les restructurations hospitalières s'étant accélérées, la question de l'articulation entre le soin et l'action sociale est devenue centrale. Dans les services de pédopsychiatrie les unités de soins se sont plus ou moins uniformisées dans le triptyque CMP, Hôpital de Jour, CATTP. Dans cette nouvelle configuration, le CMP est devenu en quelque sorte l'entité institutionnelle qui tient, dans une dimension temporelle, la prescription, la référence et la garantie du soin.

Dans le secteur médico-social, la loi de février 2005 sur l'égalité des chances avec la création des MDPH (Maison Départementale des personnes en situation de handicap) « institue l'obligation éducative pour tous les enfants et adolescents en situation de handicap ». Cette loi va être déterminante dans la réorganisation des soins en pédopsychiatrie et conduire tant les institutions soignantes que médico-sociales, à penser les dispositifs de prises en charge des enfants dans la mise en relation du social, de l'éducatif, du pédagogique et du thérapeutique. Le service de soins devient alors un acteur de soins parmi d'autres acteurs avec un regard singulier et pluriel sur un enfant et un projet de soins complémentaire et constitutif d'un dispositif élargi de prises en charge.

De plus, la réforme du service de Protection de l'Enfance (loi de mars 2007) a de nombreuses incidences sur les collaborations interinstitutionnelles ainsi qu'avec les familles/usagers. L'esprit de la loi vise entre autres à renforcer la prévention de la maltraitance et réorganiser les procédures de signalement. Apparaît dans tous ses paradoxes, la mise en tension de la précarité dans le quotidien des familles avec la notion de l'enfant en situation de risques et les normes éducatives et culturelles qui sous-tendent les mesures de protection de l'enfance déclinées par la loi. Si « la concertation partenariale et le développement d'expertise médico-sociale » sont aussi préconisés comme un des axes de la loi 2007, comment peut-on coopérer dans le cas d'enfants et familles très exposés dans leur quotidien quand il s'agit de migrants ?

Dans ce paysage institutionnel et législatif, on assiste à une réorganisation des procédures et des pratiques qui vont concourir au développement de dispositifs et de réseaux, plaçant l'utilisateur au centre dans une injonction de participation. Avec une demande accrue de consultations où la question sociale est omniprésente et particulièrement avec le public des migrants précaires, comment l'équipe du CMP peut-elle continuer à soigner, développer et mettre à disposition des outils de soins adéquats aux nouveaux publics et aux situations partagées dans ces nouveaux partenariats ? Comment déléguée par l'équipe, l'assistante sociale peut-elle penser et inscrire une part de son activité dans un partenariat de réseau et guider les familles/acteurs, déjà si éloignées de ces réalités culturelles et administratives ?

III – REFLEXIONS GENERALES SUR L'EVOLUTION

A . De nos missions et outils de soins

Ces nouvelles formes de partenariat avec les milieux scolaires et éducatifs, vont demander à chacun de cerner ses champs spécifiques d'interventions et de conjuguer ses approches dans l'intention d'être instrument d'intégration sociale. Avoir le souci de mettre en relation les différents espaces de vie de l'enfant pour la cohérence d'une prise en charge globale n'est pas suffisant et de plus en plus difficile à organiser. En effet, les logiques de fonctionnement de chaque institution, tributaires de restrictions budgétaires, révèlent inmanquablement des incompatibilités à faire coexister pratiquement des dispositifs de prise en charge.

Concernant l'afflux des situations de précarité de niveau variable et en nous limitant aux familles de migrants précaires, ces circuits pré fabriqués ainsi que le mode d'emploi des parcours possibles d'aménagement des soins et de la scolarité sont rarement identifiables pour les familles. Par ailleurs, la demande de soins est généralement initiée par les professionnels qui connaissent l'enfant. Cependant, dans de nombreuses situations, les familles appréhendent assez vite l'opportunité du soin et investissent le CMP. Enfin, l'adhésion à la consultation et aux soins ne va pas toujours de soi et peut prendre sens si on accueille aussi leur préoccupation sur des enjeux premiers (hébergement, identité sociale, travail pour les migrants, scolarité ou admission d'un enfant dans une structure spécialisée pour un enfant sans solution qui reste à la maison, au foyer ou à la rue...).

Cet état de fait qui se répète, contribue à générer un certain malaise dans l'équipe de soins. Accueillir ces demandes de soins demande une grande disponibilité de l'équipe et spécifiquement de l'assistante sociale. Ces dernières années, les CMP doivent faire face à des demandes auxquelles ils ne peuvent répondre dans des proches délais. Elles sont enregistrées sur une liste d'attente et seront traitées avec les caractères de priorité qui s'imposent. D'une part, les indications de soins en unités institutionnelles (CATTP/ Hôpital de jour) ne peuvent toutes être honorées. Les demandes d'admissions excèdent largement les offres de soins. Lesquelles prioriser ? Si le titre de séjour est incertain, le ré hébergement

improbable, l'accès à la langue française ténue, les paramètres de confort minimal du soin ne semblent pas suffisamment assurés pour les équipes. Dans le même esprit, le cadre de soins ambulatoires au CMP par la permanence, la régularité, le contenu et la continuité des séances est parfois mis à mal.

Quel sens donnons nous aussi à cette discontinuité ? Où se situe la rencontre ? Nos présupposés cliniques nous assurent une certaine posture pour « être avec » et oser l'hypothèse peut être réductrice d'un défaut d'investissement. Mais en fait, que se partage-t-il ? Comment pouvons-nous être assurés des effets dynamiques du soin sur le mieux-être des enfants et/ou de la famille dès lors que seule une posture d'expert peut prêter une pensée et des mots sur des conduites, comportements et symptômes de souffrance psychique ? Cet abord unilatéral, du fait d'une absence de la traduction d'une communauté de pensée et de repères, brouille dans un premier temps la mise en sens, fait éprouver un sentiment d'impuissance voire d'un investissement laborieux et atrophie notre capacité à penser. Ce sentiment est particulièrement exacerbé dès lors que les parents ne parlent pas la langue du pays où ils demandent résidence.

Quels dispositifs de soins proposer à un ou aux enfants pour leur permettre de mettre à distance, ou tout du moins composer, avec la réalité quotidienne du groupe familial tout en ayant aussi accès à leur souffrance intime ? Comment soutenir et travailler avec la famille ? Les consultants et soignants vont proposer les cadres de soins qui sont ceux garantis par leur formation et leur expérience mais soulèvent toutefois de multiples questions essentiellement dans l'échange avec les parents et leurs difficultés de verbalisation. Les symptômes des enfants sont souvent présentés sous un angle opératoire et somatique qui donne peu accès à une approche plus interactive et psychodynamique que privilégient les soignants.

B. Des pratiques de l'assistante sociale

Les pratiques de l'assistante sociale se sont réorientées vers des lieux d'exercice diversifiés devant prioriser des partenariats nouveaux et des nouvelles modalités de collaboration, privilégiant l'approche globale d'une situation. Accompagner l'intégration scolaire d'un enfant consiste à mettre à disposition de l'institution scolaire nos compétences spécifiques et l'expérience capitalisable de l'équipe de soins. L'assistante sociale du CMP va accompagner les familles et les guider pour se représenter et faire tenir dans une certaine cohérence les différents dispositifs éducatif et thérapeutique proposés aux enfants. Les familles sollicitent et investissent d'autant plus massivement cette fonction qu'ils méconnaissent les institutions et que la réalité du quotidien est aussi pesante. Cette fonction « d'éclaireur » a valeur d'approvisionnement, de repérage et de recherche de familiarité dans un univers jusqu'alors bien hostile. Elle va se déployer dans les différents espaces de vie ainsi qu'auprès d'instances et de partenaires concernés par les décisions statuant sur leur devenir ici, aujourd'hui et demain.

Ce trait d'union proposé par l'assistante sociale avec les divers interlocuteurs de la famille reliant les espaces fragmentés de l'histoire de celle-ci peut-il être constitutif d'une nouvelle histoire ? Ces expériences d'inscription sociale pour les parents et leurs enfants seraient-elles un gage vers de possibles ancrages ou le balisage d'un nouveau parcours ?

IV - ILLUSTRATIONS AVEC PRESENTATION DE SITUATIONS ET COMMENTAIRES

Pour illustrer cet ensemble d'interrogations, je propose de retracer sommairement l'historique du suivi des familles de migrants précaires au CMP par une première demande au printemps 2002 et deux autres, 13 ans plus tard. On pourra relever l'écart dans les postures de départ et les modalités de réponses.

A. Première demande en 2002

Nous recevons en consultation, une psychologue de l'équipe et moi-même, au printemps 2002 une jeune fille âgée de 15 ans et ses parents adressés par un médecin des consultations de Médecins du Monde.

La jeune fille présentait un retard mental important sans possibilité d'accès à l'autonomie ainsi qu' «un syndrome anxieux avec le risque fréquent de crises d'angoisses et de panique survenant à chaque situation de changement ou de nature anxiogène» selon le diagnostic de la consultante. Son état de santé nécessitait une orientation dans un établissement médico éducatif ainsi que la mise en place, dans la continuité, de soins médico psychologiques intensifs. Elle a bénéficié très vite d'un soin individuel hebdomadaire auprès d'une infirmière; le retard mental important et le nonaccès à la langue française dans l'expression et la compréhension ont donné une certaine âpreté à la rencontre dans ses débuts avant que s'installe une relation ludique, de confiance et de plaisir partagé.

La famille d'origine arménienne, de nationalité azerbaïdjanaise avait dû quitter la région du Haut Karabakh. Arrivés en France un an plus tôt avec leurs trois enfants, les deux fils aînés majeurs de 10 et 9 ans plus âgés que leur sœur, tous demandent le bénéfice du droit d'asile.

Dans ce même temps des premiers soins, ils apprennent le rejet de leur demande par l'OFPRA et le ré-examen par la Commission de Recours des Réfugiés conduit un an plus tard à un nouveau rejet. Ils engagent aussitôt auprès de la Préfecture, encouragés par leur avocat, une demande de régularisation de séjour en raison de la situation médicale mais aussi de la situation familiale selon les dispositions de l'article 8-1 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales : Droit au

respect de la vie privée et familiale «Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance ».

Concernant le soin, la consultante indique un soutien psychologique hebdomadaire assuré par une infirmière spécialisée au CMP et un soin groupal hebdomadaire dans un CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) pour adolescents. L'assistante sociale et la psychologue, mettons également en place des entretiens familiaux mensuels. La famille vient au grand complet les premiers mois puis souvent dans une présence alternée des deux fils par la suite. Ce cadre de soins est resté permanent pendant 4 ans. L'accompagnement social en dehors de ces rencontres établies était dans une toute autre temporalité et rythmicité selon les états de crises des uns ou autres corrélées bien sûr aux échéances administratives et d'hébergement.

Outre le tableau psycho pathologique décrit pour la jeune fille, le Centre de Droits et d'Ethique de la Santé avait signifié pour les parents et les deux fils un syndrome post traumatique majeur consécutif aux évènements subis en Azerbaïdjan et en Tchétchénie de tortures et mauvais traitements ».

Au cours de ces 4 années, la famille a dû faire face à sept déménagements, parfois soudains avec des relogements souvent précaires, accompagnés à chaque fois de dégradations préoccupantes des états de santé des uns ou autres (la mère, la jeune fille, un des deux frères) selon aussi les décisions judiciaires et administratives : obligation de quitter le territoire français (OQTF) ; contrôles de police des frères, gardes à vue....

L'assiduité de la jeune fille aux soins et l'accompagnement des parents ont été très soutenus. La permanence de notre préoccupation partagée l'a été tout autant. Leur impossibilité à penser un retour dans leur pays d'origine nous faisait craindre des passages à l'acte auto agressifs chez un des frères.

Nous étions aussi témoins de la fragilité de tous, essentiellement de la plus jeune au moindre risque de nouvelle précarisation de leur situation. Envahie qu'elle pouvait être par des crises d'angoisse et de violences majeures, ses troubles s'accompagnaient de dysfonctionnements somatiques sérieux (perte d'appétit, nausées, céphalées, allergies,

hausse brutales de tension artérielle empêchant toute sortie extérieure) nécessitant à deux reprises une hospitalisation ainsi que des troubles du sommeil.

Dès les premières consultations, l'attente de réponses pour un ré hébergement et leur demande de titre de séjour étaient omniprésentes dans leurs propos ; il s'agissait d'évoquer presque exclusivement l'ici et maintenant et l'assistante sociale était attendue pour traduire et expliquer avec détails le contenu des courriers ou démarches entreprises. Un fils s'exprimait très bien en français ; le père et le second fils un peu moins à l'aise au début ; la mère et sa fille très peu les deux premières années. J'engageais donc activement avec eux cette recherche et démarchais, de contacts en contacts répétés, auprès de différentes associations humanitaires. Le quartier riche en associations multiples a pu proposer des emplois bénévoles aux deux frères dans l'animation de quartier ; l'un d'eux a investi cette activité avec un enthousiasme certain.

La famille connaissait quelques compatriotes de la communauté arménienne, était en lien avec des professionnels de Forum Réfugiés et soutenue judiciairement par une avocate spécialisée dans le Droit des Etrangers. Nous attendions tous aussi de notre collaboration régulière avec l'avocate et des productions de courriers et certificats médicaux qui nous étaient demandés pour assurer les dossiers de plaidoirie. Ce lien soutenu avec l'avocate était le seul que j'entretenais et cette posture de plaider si activement pour une cause convoquait en fait une posture militante plus que professionnelle !

Effets repérés

Cette première demande de soins en 2002 d'une famille marquée par la précarité dans son parcours de migrant met à jour une mobilisation conséquente de l'équipe de soins et une implication coûteuse de l'assistante sociale dans l'accompagnement social proposé. Le profil pathologique et la demande de soins pour la jeune fille au CMP avaient aussi une fonction capitale dans le groupe familial puisque c'était ce qui légitimait notre intervention et le suivi que nous avons déployé 4 années durant. Comment aujourd'hui comprendre ce que la détresse de cette famille a mobilisé activement dans l'équipe au-delà des professionnels directement impliqués dans les soins ?

Le CMP a sans doute constitué pour la famille une enveloppe, un repère, « une planche de salut ». L'implication de chacun des soignants et spécifiquement l'assistante sociale y ont largement contribué.

Répondre sur leurs attentes premiers dans une posture auxiliaire conférait à l'assistante sociale une mission délicate, celle d'engager avec eux des démarches à l'issue improbable. Notre postulat de départ était que la réponse prioritaire d'un hébergement dans ce contexte familial prévalait à toute autre réponse et que sans ce préalable, l'accès aux soins pouvait s'avérer bien menacé et prendre difficilement sens. Partager ce parcours socio-juridico-administratif, captif et labyrinthique dans une logique de survie nous est apparu fondamental et incontournable dans l'esprit de la description de Pascale JAMOULLE (5) de ces parcours à étapes, faisant de l'hébergement « la pierre angulaire des trajectoires de reconstruction sociale et psychique des migrants » dans les situations d'exil. Tenir avec eux ce souci permanent pouvait permettre que coexistent dans une même équipe, des fonctions complémentaires destinées à prendre soin de la famille et faciliter de ce fait une alliance dans le soin proposé plus particulièrement à la jeune fille.

Au cours de cet accompagnement, l'équipe a pu partager les sentiments de découragement, d'impuissance. La pression était parfois forte du côté de la famille après l'annonce de réponses négatives. Chacun venait tour à tour chaque jour. Un des frères est venu crier toute sa colère devant mon impuissance à leur trouver un abri. Le père effondré se montrait inquiet pour sa femme et sa fille. Le second fils *in fine*, très embarrassé, cherchait à excuser ces débordements et devait craindre de possibles représailles ou ruptures !

S'agissait-il pour nous de travailler en famille auprès d'une famille ? Recevoir à plusieurs, une famille, parents et fratrie et à des places différentes dans une interdisciplinarité a sans doute contribué à renvoyer à celle-ci, une enveloppe familiale où l'accueil a pu prendre parfois des formes conviviales (boire un verre ensemble à la fin d'une consultation pour fêter une bonne nouvelle, accepter des cadeaux de la famille...). Partager leurs éprouvés selon les événements et les décisions, dans une empathie sans réserve, a pu aussi nous

mettre face à des projections de la famille à notre endroit. Paradoxalement, notre service était à la fois, institution de ce pays d'accueil qui leur réserve un mauvais sort et attendu aussi comme principal appui vers une possible émancipation. Quelle juste distance adopter pour faire face à ce malaise qui traverse tant la famille que les professionnels ? Nous étions tous pris dans ce mouvement de sidération, d'effondrement et devant les limites de ce que nous pouvions accompagner.

Cette place centrale de coordonnateur actif et auxiliaire m'avait été à la fois confiée par la famille et l'équipe mais initiée aussi par mes prérogatives et mon implication sans doute mue par le sentiment ou la volonté de peser professionnellement sur certaines réponses. L'assistante sociale pour sa part, mise à une place de témoin actif et assidu, sans doute très attendue et elle-même déterminée sur la question de l'hébergement, se heurtait aussi à un sentiment d'impuissance et d'échec. Toutefois, l'étayage de l'équipe soutenait les professionnels engagés dans cet accompagnement pour transformer et dépasser ce malaise. Mais du côté de la famille, les menaces croissantes et dramatiques (annonce de refus de statut, mise à la rue inéluctable...) paralysent le recours à la parole. Cette insécurité traumatique n'est pas partageable. Les sentiments contradictoires qui animent la famille attaquent alors l'alliance établie dans le soin.

Dans cet accompagnement sur 4 années, ont alterné des temps d'effondrement, d'espoirs, une évolution favorable de certains symptômes chez la jeune fille mais aussi la mère. Après l'obtention d'un titre de séjour «vie privée, vie familiale et autorisation de travailler » pour chacun d'entre eux, les fils et le père ont trouvé un emploi. L'espace du soin est resté toujours bien investi par tous. Comment chacun a pu s'en approprier quelque chose ? L'âge de la jeune fille la prédisposait à poursuivre le soin auprès d'un CMP adulte et nous nous sommes employés à préparer ce relais. Ce soin n'a pas pu se mettre en place ; la famille n'y a pas été favorable et n'a manifestement pas pu investir un nouvel espace de soin. Nous recevions à la fois leur gratitude et leur mécontentement que le soin s'arrête.

(5) JAMOULLE, Pascale. Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration

Difficultés rencontrées

Appréhender de près la réalité globale d'une famille dans un contexte de migration précaire nous a conduits dans cet accompagnement initiatique à chercher de nouvelles marques et nous décaler parfois des cadres pré établis que sont nos outils de travail et les supports de la pensée clinique. La prégnance de la question sociale a pu nous déstabiliser dans l'offre de soins à proposer.

Avec l'objectif de faciliter l'accès et le bénéfice des soins à la jeune fille et plus largement au groupe familial, l'équipe s'est peu à peu trouvée submergée par la détresse de la famille et n'a pu concrètement désolidariser les deux socles de la souffrance psychique et sociale. L'assistante sociale très mobilisée par la question sociale a alors été immergée dans les réalités de quotidienneté, « au service de la sauvegarde et de la survivance du groupe familial »(6), et de ce fait choisie par eux comme interlocuteur privilégié. Dans cette « construction artisanale », elle s'engageait, comme pour suppléer à la famille dépossédée de tout droit et pouvoir, à trouver des réponses et des solutions.

Dans les consultations familiales, nous tentons habituellement de rencontrer la famille dans ses préoccupations avec ce qui fait symptôme d'une souffrance psychique. Ici les troubles de la jeune patiente étaient dans l'anamnèse, principalement évoqués à partir d'un parcours errant de pays en pays et de maltraitances subies par la mère qui l'auraient empêché de prendre soin de sa fille voire auraient généré parfois des incuries. Cet état des lieux et de faits avec la prévalence de l'histoire d'un groupe familial aux prises avec l'Histoire a influé sur les réponses que nous avons priorisées dans le suivi sans toujours avoir pu anticiper les effets.

Développer une clinique de l'exil interroge nos positionnements politiques autour de la situation de l'autre en quête de légitimité. Comment relier l'histoire singulière et l'histoire collective ? Comment les soignants peuvent-ils tenir cependant une préoccupation dans la singularité de l'approche et du symptôme ?

La consultation en binôme (psychologue, assistante sociale) demandait au consultant clinicien de conserver un positionnement clinique. La lecture des propos de la famille est

orientée alors pour le clinicien, vers une clinique de la symptomatologie et pour l'assistante sociale, vers une analyse de la condition d'une famille au ban de la société.

Affilier une famille à un groupe social, une culture, un pays, un contexte géopolitique anime généralement la rencontre et préfigure d'une identité. Cette absence de repères, la connaissance très imprécise des conflits opposant l'Arménie à l'Azerbaïdjan, l'impossibilité à comprendre ce parcours d'errants depuis la Turquie, l'Iran, le Haut Karabagh, la Tchétchénie me donnaient envie de les relier à une histoire dont ils ne pouvaient pourtant pas témoigner. En raison de la dissymétrie de nos échanges, ce silence a pu certaines fois provoquer chez moi à la fois malaise et irritation. En effet, l'assistante sociale déployait une énergie considérable pour se rendre disponible et trouver des ressources nécessaires alors que la réserve de cette famille la conduisait à retenir des informations.

Dans la consultation, comment le consultant pouvait à la fois conserver une approche centrée sur les symptômes de la jeune fille et de tous en considérant leur fonction aussi dans l'économie, la souffrance psychique et sociale du groupe familial ? En effet, la psychopathologie de la fille et les stress post traumatiques diagnostiqués pour chacun d'eux vont devenir également l'instrument pour une reconnaissance socio juridique et l'obtention d'un statut social.

Nous avons pu aussi observer dans le cadre de ces consultations, la grande difficulté à revenir sur leur histoire singulière et les épisodes traumatiques ou aigus qui ont précédés leur arrivée en France. L'hypothèse d'une blessure identitaire trop douloureuse au point de ne pas nous attarder sur l'histoire de leur exil est aussi celle que nous avons retenue.

Nous avons pourtant eu l'occasion de recevoir alternativement un seul des parents avec le fils/interprète ou parfois seulement la fratrie ainsi qu'au terme des 4 années, le père seul qui parlait bien mieux le français. L'avant et l'ailleurs avaient peu de place dans l'ici et le maintenant. Ce clivage ne permettait pas de relier avec nous les pans de leur histoire comme

si les scènes traumatiques dont ils ont très peu parlé avaient abrasé le passé. Par contre, au fil du temps, nous pouvions échanger sur l'actualité des événements culturels et politiques de leur pays d'origine bien plus aisément.

Par ailleurs, la force du groupe familial et la fonction d'interprète d'un des deux fils n'a pas introduit la place de médiateur, d'un entre-deux entre la famille et les professionnels. L'expérience aujourd'hui montre dans une majorité d'accompagnements, tout l'intérêt du recours à un interprète professionnel. Le rôle central de ce jeune homme l'a été partout dans toutes les démarches. Même si ce rôle actif et efficace semblait consensuel dans la famille, nous avons pu craindre parfois qu'il dépossède le père de ses ressources et d'une place qu'il pouvait convoiter. La présence d'un interprète aurait sans doute organisé une autre distribution des rôles.

D'autres demandes de soins se sont présentées au CMP par la suite et dans des configurations sociales très voisines, tout d'abord de façon isolée puis de plus en plus nombreuses.

Cette première expérience, salubre par l'approche singulière accordée d'une part et l'issue sociale relativement favorable d'autre part, a été l'occasion de mettre au travail l'adéquation de nos pratiques actuelles aux formes nouvelles des précarités de masse c'est-à-dire sous l'effet de mouvements migratoires définis par des nouvelles politiques sociales, économiques et migratoires.

B. Treize ans plus tard....

Une présentation plus sommaire de deux situations de familles dont les enfants sont actuellement en soins au CMP, avec des caractéristiques communes, vient illustrer le contraste treize ans plus tard, dans les formes et les modalités des réponses apportées.

Ces deux familles sont en demande d'asile, l'une vient du Kosovo et la seconde d'Albanie. Leurs jeunes enfants présentent des psychopathologies différentes mais nécessitent des soins réguliers et vraisemblablement longs. Débutées par la CNDA (Commission Nationale des Demandeurs d'Asile) pour les deux, une inquiétude majeure réside dans le ré-hébergement ; question inhérente à l'évolution de ce parcours administratif et juridique.

Cette préoccupation vitale, paralysante, envahissante est et reste extrêmement fragilisante pour les familles avec de jeunes voire très jeunes enfants ou des enfants malades et pour un certain nombre, inscrits dans une scolarité. Que pouvons-nous en partager et soutenir pratiquement auprès d'elles et des divers partenaires sociaux ? Comment composer avec cette réalité dans la poursuite des projets de scolarité et de soins des enfants pour pallier autant que possible la discontinuité qui vient réactiver leur souffrance liée à leur parcours d'exil ?

Concernant les soins, nous continuons à recevoir les familles en consultation en binôme souvent mais aussi en dissociant la consultation de l'entretien social. Le non accès à la langue française et le recours nécessaire à un interprète dans le cadre d'un budget alloué nous encouragent à recevoir souvent les familles en co-consultation (consultant et assistante sociale). Cette-ci, avec interprète vise aussi à rassembler les nouvelles de la famille.

Les partenaires sociaux sont bien plus identifiés aujourd'hui par notre service avec des missions très clairement définies. Ceux avec qui nous travaillons sont essentiellement la Cimade, les avocats qui accompagnent les familles dans la préparation du dossier administratif et judiciaire pour leur séjour. La Maison de la Veille Sociale, l'ALPIL, la Direction de la Cohésion Sociale, un réseau associatif (collectifs de parents d'élèves, RESF, communautés religieuses et culturelles ...) et le 115 sont interpellés au sujet de l'hébergement ainsi que des professionnels de Forum Réfugiés pour le suivi pendant la procédure de demande d'asile. Pour les soins, nous travaillons avec la récente consultation pédiatrique PASS, les consultations Médecins du Monde, les services d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes, pour adolescents voire les unités mères-bébés.

La complexité des rouages administratifs, les réponses de la Préfecture, l'évolution des textes de lois sur le droit des étrangers appelle à une vigilance et une réactivité plus grandes. La collaboration avec les juristes et les avocats est indispensable et la première tâche de l'assistante sociale est de tenter de repérer les partenaires auprès des familles les liens déjà engagés en veillant à ce que cette recherche ne leur suggère une forme d'intrusion. En effet, on constate souvent une difficulté pour ces dernières d'informer les uns et autres des

partenaires qu'ils rencontrent avant qu'une échéance périlleuse ne s'annonce (rejet de la CNDA, fin d'hébergement par la Maison de la Veille Sociale, OQTF). Peut-être ne peuvent-ils pas toujours anticiper les conséquences des décisions ? Ces deux familles, comme d'autres, ne s'attendaient pas à sortir du dispositif d'hébergement de la Veille Sociale suite à la réponse négative de la CNDA. On peut faire l'hypothèse que la panique face à cette ultime issue d'être à la rue avec de jeunes enfants rend cette alternative irréprésentable, inacceptable, déniée avec nous pour renforcer l'appel à l'aide voire au secours.

La famille albanaise, sollicitant dans l'urgence l'assistante sociale du CMP, n'a pu nous communiquer le nom de l'avocate que bien tardivement soit à l'annonce de la décision négative de la CNDA. L'avocate ignorait donc de son côté que la mère était en soins au CMP adultes et deux des enfants dont un nourrisson de quelques mois, suivis en pédopsychiatrie. Sans présumer de l'importance accordée par la Cour dans la procédure de recours, ces informations auraient mérité d'être évoquées dans la plaidoirie ; elle trouvait fort regrettable de n'en avoir pas eu connaissance. Craignant que leur communauté soit infiltrée par des indicateurs, les parents ont toujours refusé la présence d'un interprète, chargeant leur fils aîné plus à l'aise qu'eux dans l'expression. Cette menace d'être traqués a participé à la difficulté de mettre en lien les différents professionnels. Cet état de sidération permanent, de détresse et d'abattement qui caractérise l'attente et la précarité conséquente leur fait accorder une place active prépondérante à la suppléance des professionnels qui les accompagnent, confiant en quelque sorte leur sort entre leurs mains.

La seconde famille, originaire du Kosovo, déboutée aussi par la CNDA prépare parallèlement une demande de régularisation au titre de la santé. La maladie de leur fils aîné est la principale raison de leur venue en France. Les deux jeunes enfants présentent chacun des pathologies sévères ; le garçon de 4 ans, en soins au CMP fait l'objet d'un diagnostic de troubles du spectre autistique et la petite fille, âgée de 18 mois est en soins réguliers pour une cardiopathie. La famille s'exprime et comprend très peu le français ; nous les recevons toujours avec un interprète professionnel. Domiciliés initialement tout près du CMP, ils ont été relogés à une vingtaine de kilomètres de Lyon. Outre leur éloignement pour assurer les accompagnements aux soins répétés dans la semaine, ils vivent aussi ce nouvel hébergement dans un isolement qui semble mettre à jour de façon plus conséquente une

décompensation psychique chez la mère. Ils ne peuvent plus se déplacer ensemble aux consultations, partagent les accompagnements ou la garde des deux enfants. Nous ne voyons plus la mère depuis leur déménagement mais avons des nouvelles inquiétantes rapportées par le père. L'agitation du jeune garçon était à un point paroxystique quand ils sont arrivés au CMP et sa scolarisation peu envisageable. Le soin individuel bi-hebdomadaire assuré par deux soignantes a pu très progressivement voir céder cette agitation et le mobiliser dans des compétences alors inaccessibles antérieurement.

Il est devenu possible de préparer une scolarisation très attendue par la famille, nécessitant toutefois une procédure de compensation. En effet, le profil psychopathologique de ce garçon ne peut permettre une scolarité à temps plein et ne peut s'envisager qu'avec une présence auxiliaire à ses côtés (auxiliaire à la vie scolaire). Il s'agit alors de mettre en œuvre un projet de scolarisation, de l'organiser pratiquement en articulant les ressources des différents services et professionnels dans une complémentarité qui s'institue dans un partenariat défini par la loi de février 2005 sur le handicap et le droit à compensation, avec la mise en place des « équipes de suivis de scolarité ».

Nous avons proposé de mettre en place le soin au CMP et de préparer parallèlement la scolarisation de leur fils pour la rentrée prochaine en expliquant les démarches et dossiers à préparer. Le père s'est montré soulagé de repérer la collaboration existante entre le CMP et l'école maternelle. C'est effectivement une école avec laquelle nous travaillons depuis de nombreuses années. Cette collaboration quand elle est repérée par les familles peut avoir une fonction rassurante dans leur parcours d'errance entre tous les intervenants. Le déménagement arrive de façon imprévisible et laisse les parents désemparés à un moment où se construisent des liens et où la famille commence juste à se poser et trouver quelques repères. Le professionnel de Forum Réfugiés qui accompagne la famille dans leur nouveau foyer d'hébergement nous informe que leur service n'avait pas connaissance des problèmes de santé et des suivis très réguliers des enfants. Le fonctionnement de la plateforme de Forum ne permet pas un accompagnement individualisé. Devant nos inquiétudes, cet intervenant me propose d'adresser un courrier au responsable du service pour faire valoir les soins mis en place et le projet de scolarisation que nous préparons sur l'école du quartier.

Cependant, la proche échéance de la décision de la CNDA d'ici quelques mois avec l'éventualité d'un rejet donc d'une fin d'hébergement n'ont pas favorisé un ré hébergement dans le 3^{ème} arrondissement. Le manque de places avait justifié d'ailleurs leur déménagement, n'étant plus considérés prioritaires puisque les problèmes de santé et les soins conséquents n'avaient pas été évoqués. Nous les avons assurés de poursuivre le travail engagé et avons dû mettre en place un partenariat conséquent avec l'école, l'enseignant-référent et la circonscription académique, le service des Affaires Scolaires de la Ville de Lyon pour l'autorisation de dérogation (aujourd'hui la résidence de la famille est dans l'Ouest lyonnais mais en septembre ???).

La famille ne sait pas où elle sera hébergée en septembre, peu préparée à l'éventualité d'une sortie du dispositif. Cette activation conséquente de cette équipe de professionnels pour la mise en place de la scolarité et l'indication d'un soin plus conséquent pour leur fils vient faire ancrage avec un projet qui tient et les soutient.

Là aussi, de quelles espérances cet ancrage est-il porteur pour la famille ? Il en est de même avec la famille albanaise qui suite à la décision de la CNDA soit un mois après, a dû quitter l'hébergement dont elle bénéficiait et préparer un dossier pour la Préfecture de demande de séjour pour raison médicale.

La complexité de leur situation a nécessité devant la proche mise à la rue de la famille, des contacts et des nouveaux liens avec les partenaires déjà présents et d'autres à associer. Nous travaillons avec les mêmes que ceux présentés pour l'accompagnement de l'autre famille ainsi que les médecins praticiens hospitaliers assurant le suivi médical des deux enfants et de la mère et coopérant pour la rédaction du rapport médical adressé au médecin de l'ARS et les soignants de chacun d'eux.

Effets repérés

Dans ces deux situations, la circulation des ressources pour les uns et autres membres de la famille dans des secteurs précis de leur vie sociale et familiale alterne des réponses favorables avec d'autres défavorables. Les accompagnements et les rencontres de nouveaux

professionnels dans des secteurs jusqu'alors méconnus avec des préoccupations partagées par un groupe croissant de professionnels et plus largement d'interlocuteurs concourent à les voir approcher activement les structures sociales sans doute perçue par eux et par nous aussi comme un encouragement à projeter leur séjour en France. Repérer le parcours social du groupe familial et faire du lien avec l'ensemble des partenaires qui jalonne leur parcours à tous contribue à tisser du lien social qui pourrait les ré-affilier dans une nouvelle histoire sociale et désigner à ce groupe une appartenance et une identité sociales.

L'attente du titre de séjour, épée de Damoclès sur leurs têtes, traverse toute démarche ou projet à mettre en place. Les accompagner dans un projet pour les enfants (scolarité, soins, loisirs...) les mobilise dans une participation sociale qui peut aussi avoir une fonction de soutien à leur parentalité. L'enveloppe, que constitue le groupe des partenaires où chacun occupe une place active pour préparer l'aménagement de la scolarité à l'école maternelle pour le petit garçon, vient peut-être «re-légitimer les ressources et l'autorité des parents, dans un rôle de tuteur de résilience » comme le désigne S. MASSON (7).

Dans le cadre de l'accompagnement social de la famille, je rencontre dans l'intervalle des consultations, le parent pour assurer avec lui des démarches : réunions à l'école, contacts téléphoniques avec l'avocat ou tout autre partenaire du réseau répertorié précédemment. La fréquence et la régularité des rencontres à une place de témoin dans de multiples espaces et dimensions de leur vie familiale et sociale est une manière pour l'assistante sociale, d'être en proximité. Cette co construction de relation va déjà leur permettre de nous identifier et discerner ce qui distingue tous ces professionnels qu'ils rencontrent. L'absence de confrontations avec les réalités et les structures sociales autres que celles de leur séjour et de leurs conditions de vie précaire les maintient hors du monde. Ils ne peuvent avoir ni expériences ni représentations sociales pour assimiler les multiples et divers messages qu'ils reçoivent. On peut faire l'hypothèse que partager avec eux des espaces de réalités, dans une forme de suppléance auxiliaire, alors que leur vulnérabilité et leur dépendance sont grandes peut faire l'objet d'un transfert sur l'assistante sociale d'une figure parentale (maternelle ?).

L'assistante sociale serait alors ce « familial » indispensable aux familles « pour franchir le seuil des structures » (8) ou affiliée à cette « parenté sociale » selon Maurice GODELIER, «parenté de cœur, symbolique ou spirituelle » face à un groupe familial très vulnérabilisé.

Ce transfert va favoriser la mise en mots, en récits, de fragments d'histoires tus jusqu'alors. L'intérêt d'accueillir ces bouts d'histoire dans cet espace va permettre qu'avec leur autorisation, ils soient aussi déposés plus tard dans la consultation. L'enveloppe du CMP, avec des espaces distincts mais aussi partagés et reliés, peut garantir qu'une alliance thérapeutique s'amorce quand elle ne l'est pas ou s'entretienne et que la famille puisse faire l'expérience d'« accroches relationnelles diverses ».(id)

Difficultés rencontrées

Se rapprocher, c'est pouvoir être proche mais pas vulnérable, chaleureux sans être trop affecté, distinct de l'autre mais pas distant. En dépit de ces précautions d'usage, certains évènements attaquent ce cadre protecteur qui nous assure le confort professionnel nécessaire dans ces accompagnements. Pour ces deux familles qui ne peuvent pas envisager le retour au pays d'origine et dont la mise à la rue prochaine est probable avec les jeunes fratries, il est très difficile de ne pas voir exploser ces garde-fous. Si la famille ne peut imaginer cette issue, nous non plus ! L'implication émotionnelle inévitable dans cette relation d'accompagnement est une mise à l'épreuve quand ces situations deviennent extrêmes. Les points d'identification sont forts (personne/femme/conjointe/mère/famille). La présence de jeunes enfants par le dénuement qu'ils suggèrent rajoute à l'inacceptable. Les réunions d'équipes, les étayages entre professionnels intervenant auprès des familles permettent de tenir à distance nos affects et poursuivre ce travail de proximité. « Développer des capacités réflexives de distanciation et d'interprétation, analyser les interactions, les stratégies des acteurs, les enjeux des rapports sociaux » (id) aide à prendre acte des limites de nos interventions mais ne peut être toujours opérant.

(7) MASSON, Séverine. Les Cahiers de Rhizome n°37 Soutien à la parentalité dans un contexte traumatique p.43

(8) cf JAMOULLE Pascale Par delà les non dits.

En effet, ce vécu d'effroi des parents devant l'absence d'abri et l'impasse dans laquelle ils se trouvent font émerger parallèlement des questions éthiques qui traversent la scène publique : comment accepter pour d'autres ce que l'on ne pourrait accepter pour soi-même ?

Nos limites d'intervention prennent alors toute leur mesure ; les projets co-construits pour les enfants pourront-ils être sauvegardés ? Sortie du dispositif d'hébergement de la Maison de la Veille Sociale, comment et où la famille va-t-elle continuer à vivre, plutôt survivre dans l'attente d'une décision de la Préfecture dont l'échéance précise n'est pas connue ? Le cadre de soins est aussi mis à l'épreuve ; la prépondérance de l'impact social dans le soin et le dénouement des actions engagées peuvent aussi radicaliser des postures de soignants qui déclarent parfois ne pas avoir les outils de lecture et d'analyse suffisants face à l'étrangeté des problématiques. On assiste à une mise en tension des priorités respectives selon les politiques de soins, nos fonctions dans l'équipe et nos approches spécifiques. Des résistances objectives s'expriment avec l'impératif incontournable de désigner cliniquement les priorités selon des critères d'urgence. En situation de crise, le clivage urgence sociale et urgence de soins se hiérarchise.

V- PERSPECTIVES

Sortir de ce dilemme passe inmanquablement par un abord spécifique, celui d'une clinique de l'extrême ou de la précarité qui suppose un mode de relation particulier à la souffrance de l'autre, appréhendée dans une logique de survie.

Développer des appuis par :

La posture de proximité:

La « posture de proximité » décrite par P. JAMOULLE (id) semble caractériser la forme de relation vers laquelle tend l'accompagnement de l'assistante sociale auprès des familles en situation extrême. « Les relations d'apprentissages mutuels sont parfois les seuls modes de contact plausibles avec les personnes qui se sentent déshonorées dans les demandes d'aide. La proximité se co-construit progressivement avec les gens et part des besoins concrets et de la sensibilité des personnes ». En effet, marquées par les problématiques de l'exil, les familles nous donnent à voir des conduites et des comportements que nous ne comprenons pas toujours et qui attaquent nos capacités d'identification : de multiples ruptures, la perte des statuts et des rôles sociaux, la désorganisation du temps, l'attente et l'absence d'avenir, les refuges-hébergements sans intimité, le repli, « l'effondrement de l'élan vital » selon l'expression de R. ROUSSILLON, les corps malades, les fonctions parentales déchues par les humiliations, l'extrême dépendance et la honte... Ces situations les rendent bien souvent indisponibles psychiquement et nous demandent de trouver un accordage. Dans la consultation, parallèlement, il peut être fréquent chez le consultant de témoigner aussi d'un défaut d'accordage de la mère à son ou ses enfants, distante et peu contenante avec eux. La lecture peut être double si on porte attention au lien mis à l'épreuve de l'exil comme souligne R. BOYET (9) que « ce qui fait habituellement contenance est atteint soit l'enveloppe, le corps, le temps, l'espace. »

(9). BOYET Roseline DIU Santé Société et Migration 2014/2015 module 5

Dans ce contexte, se décentrer des outils classiques de chacun c'est développer « l'intermédiation entre les services et les familles, les partenariats et l'interdisciplinarité ». La posture de proximité permet de mettre à disposition nos compétences complémentaires, d'optimiser les conditions d'une écoute à plusieurs entrées pour avoir aussi accès à des relations de réciprocité¹. Laisser entrevoir la capacité d'être affecté impose en même temps de maintenir cette posture dans « une position réflexive ».

Par ailleurs, «le métissage des agencements réflexifs (psychiatrie, psychanalyse, philosophie, approche psycho sociale, droit, économie, géopolitique, sociologie, anthropologie....)» peut tenter de faire cohabiter les 2 postures cliniques présentées par G. PEGON dans la clinique de la précarité soit «la posture de coordination» qui obéit aux impératifs gestionnaires de nos institutions et «la posture d'indétermination de la pratique du care dans la bienveillance dispositive de la relation d'aide»(10).

Ces préalables peuvent réduire « les attitudes clivées d'une trop grande distance professionnelle d'un côté et d'une immersion dans un environnement qui a plus prise sur nous que nous sur celui-ci »(11). Ils seront des repères précieux pour tenir un cadre interne qui va se construire et se réguler au fil de l'accompagnement et se penser comme « un cadre transitoire et un passage»(id). L'assistante sociale sera toujours attendue et garante du contexte environnemental des symptômes mais une lecture élargie peut prendre place dans la consultation familiale et/ou dans un espace distinct (entretien social) mais dans un lien dynamique et interactif avec l'équipe, dans l'enveloppe du CMP.

La professionnalité :

Les outils de lectures de chacun avec ses cadres théoriques de référence, ses formations et ses expériences créent les conditions de mises en œuvre des pratiques transversales. Ces pratiques sont alors rassemblées sous le terme de « professionnalité, comme un élargissement des compétences collectives »(12). Faire cohabiter ces diverses professionnalités qui considèrent à la fois les connaissances et les expertises des

¹ On entend par relation de réciprocité, une relation à tendance autonome qui s'instaure de personne à personne se retrouvant du même côté de la vie. (Pratiques de professionnalité p.50) apprentissages croisés en santé mentale rapport final sept 2008 C. LAVAL ONSMP-ORSPERE

(10). PEGON G. DIU Santé, Société et Migration 2014/2015. Module 6 Paroles et altérité.

(11). COYER G. Les cahiers de Rhizome n°37 Traumatismes, passages, passeurs. P.56/57.

professionnels, les commandes de nos institutions, nos relations aux autres, pensées dans « la reconnaissance d'une commune humanité » (id) contribue à élargir notre clinique vers une clinique du lien social. Les pressions diverses qui traversent notre activité dans le quotidien et les enjeux institutionnels ne vont pas manquer de faire apparaître tout ce qui peut se conflictualiser entre « les savoirs formels et informels, les pouvoirs individuels et collectifs, la réciprocité et la dissymétrie » (id). Cependant une sensibilité partagée à la souffrance psycho sociale peut orienter l'élaboration des processus dynamiques en cours entre les intervenants de l'équipe.

Si l'enveloppe que propose le CMP avec une équipe rassemblant des professionnels avec des pratiques et des compétences complémentaires, est opérante pour les familles, elle constitue tout autant ce filet protecteur qui cadre l'intervention sociale dans une situation partagée. Cette enveloppe permet peut être que se déploie cette « pensée métissée qui nous aiderait à tenir les extrêmes... ici, celles du psychisme et du social » (13).

La formation et la supervision

Dans l'équipe de soins, l'assistante sociale est le plus souvent par sa fonction celle qui assure cet accompagnement au plus près de la réalité sociale pour en garder la préoccupation avec la famille. Selon l'issue ou le dénouement des situations, elle est aussi plus exposée. Le lien d'accompagnement, tel que le décrit P. FUSTIER (13) « structure l'échange dans l'enchaînement de trois obligations, celle de donner, celle de recevoir et celle de rendre ».

Il évoque l'intérêt d'un travail clinique sur le sens des échanges ainsi que sur les « dépôts projectifs qui viennent s'y loger ».

Dans ce cadre spécifique de travail qui conjugue le soin et l'accompagnement social, une supervision destinée aux assistants sociaux ou plus largement aux professionnels engagés dans ces pratiques d'accompagnements serait salutaire.

(12). Changements de pratiques/Professionalisme et professionnalité. Rapport final ONSMP_ORSPERE Apprentissages croisés en santé mentale. p.41

(13) FURTOS J. Conférence SAMDARA – Janvier 2015 – Migrations et pensée métisse autour de la persécution

Nous partageons tous, l'impuissance et la douleur des familles dans « les limites du partage » et variablement selon notre implication dans la confrontation aux réalités de celles-ci et « la singularité de l'expérience subjective de chacun ». R. ROUSSILLON (15) souligne l'indispensable accompagnement des situations extrêmes par des professionnels du soin ayant une formation de recherche et d'élaboration spécifique à l'accompagnement en situation extrême. Il poursuit en précisant qu'il importe de « garder le contact avec ce qui en nous s'apparente le plus aux éprouvés spécifiques des situations extrêmes, la souffrance, la détresse liée aux limites de l'humaine condition et que nous puissions utiliser celui-ci comme le point de départ pour penser l'impensable de la dérégulation ».

(14). FUSTIER P. Le lien d'accompagnement dans Pratiques d'accompagnement p.12 Rhizome n°40.

(15). ROUSSILLON R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. P. 237 (La Santé Mentale en actes de la clinique au politique)

Conclusion

Une réflexion philosophique conduite quelques années plus tôt autour de P. RICOEUR et de son ouvrage « Soi-même comme un autre » (1990) m'amène à trouver un écho avec les postures déclinées dans les cliniques de la précarité et de l'exil. Cette lecture m'avait paru élargir le sens qui traverse l'accompagnement de l'autre souffrant au-delà des hypothèses que suggère le champ psychanalytique dans le registre de la culpabilité et de la réparation. P. RICOEUR démontre comment le sujet advient dans un processus d'identification narrative, par la médiation des autres. Ce rapport à l'autre et ce mouvement de sollicitude pour les plus vulnérables au sens du juste et de l'égalité conduisant à l'estime de l'autre comme un soi-même est le parti à prendre pour tenir et faire tenir notre humanité à l'intérieur et non pas au bord du monde.

Ces expériences d'accompagnement social et de soins auprès des familles de migrants précaires ramènent aussi dans le champ politique, une question pourtant ancienne, dans le dilemme de l'égalité et la différence, celle de savoir si l'on affirme les mêmes droits pour tous dans un espace républicain ou si, en fonction des spécialités et des faiblesses de chacun, on crée des espaces aménagés ?

Cette réflexion générale, initiée par nos rencontres avec les familles en situation extrême est aussi le fruit des apports divers des intervenants dans le cadre de la formation du DIU « Santé, Société, Migrations ». Balayer tous les angles d'approche de ces problématiques aide à repérer la place spécifique de tous les acteurs concernés par les demandes de séjour des migrants. Cette représentation oriente notre participation et notre engagement dans l'accompagnement des familles. La fonction de l'assistante sociale en CMP serait-elle au croisement des histoires singulières et collectives dans une fonction auxiliaire auprès de la famille qui viendrait trianguler les acteurs (famille/soignants/réseau social) ?