



**DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE
SANTÉ,
SOCIÉTÉ ET
MIGRATION**

**A la recherche du cadre perdu :
errance d'une psychologue en CADA**



MECHALI Claire

Mémoire du Diplôme Inter Universitaire « Santé, Société, Migration »

Rédigé sous la direction de Roman Pétrouchine

Année 2016-2017

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| Lexique :..... | 3 |
| INTRODUCTION..... | 4 |
| METHODOLOGIE..... | 7 |
| PRESENTATION DES STRUCTURES | 9 |
| I. EMPP, qui sommes-nous ?..... | 9 |
| II. Le CADA, une structure en extension..... | 11 |
| □ Architecture du bâtiment et investissement des lieux : | 13 |
| □ Lieux de consultations | 14 |
| □ Mes missions | 14 |
| JOURNAL DE TERRAIN | 17 |
| I. ½ journée 1..... | 17 |
| II. ½ journée 2..... | 20 |
| REFLEXIONS | 27 |
| I. Agrippement..... | 27 |
| II. Les espaces / la temporalité..... | 31 |
| □ La spatialité..... | 31 |
| □ La temporalité..... | 32 |
| III. Les institutions, le cadre..... | 34 |
| CONCLUSION | 37 |
| BIBLIOGRAPHIE | 39 |

LEXIQUE :

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

DHU : Dispositif d'Hébergement d'Urgence

CAO : Centre d'accueil et d'Orientation

TS : travailleuse sociale

INTRODUCTION

Mon travail auprès des migrants débute il y a 2 ans. Riche d'une pratique en psychiatrie adulte depuis 15 années, je décide de changer de service et postule sur un poste en EMPP dans mon établissement. Le besoin de pratique d'un autre terrain est de plus en plus grand et la psychiatrie « classique » ne me convient plus tout à fait.

L'intérêt de travailler en EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) réside dans la diversité de travail au quotidien : pas une journée ne ressemble à l'autre, les interventions sont multiples et variées tant au niveau groupal qu'individuel, et il y a la rencontre avec l'autre dans son univers personnel et administratif.

Dans cette rencontre avec l'autre, avec le migrant, ma posture de psychologue est vite « dérangée » dans ses habitudes. Le corps prend une dimension tout aussi importante que la parole et je m'interroge sur le sens, la symbolique à y donner dans ce contexte particulier.

Très vite, les entretiens prennent une tournure qui ne m'est pas familière. En effet, l'usager(e) pleure beaucoup, me remercie à n'en plus finir et termine l'entretien dans une « étreinte physique » qui m'interpelle. Peu habituée à ces contacts dans ma pratique de CMP, imprégnée des discours de mes confrères sur « la bonne distance » je me questionne sur l'attitude à tenir.

Au-delà de la place du corps, c'est la question du cadre et de l'intime qui se pose. Et au-delà encore, la question de la place du psychologue en CADA.

En effet, l'objectif que je me suis assez vite fixé en arrivant sur le CADA est de ne pas entamer de psychothérapie avec cette population, tout du moins telle que l'entend la psychanalyse.

Faire une psychothérapie d'inspiration psychanalytique demande un cadre, externe et interne, qui permette d'être en sécurité, à la fois pour le patient et le thérapeute. Le cadre thérapeutique tel qu'il peut être fixé par les pratiques inspirées de la psychanalyse, constitue la base des prises en charges, modulable selon l'orientation du praticien et selon les modalités d'intervention.

Le cadre se pose au départ comme préoccupation explicite : il devient ensuite implicite, il est intériorisé, comme une instance psychique, et ne redevient explicite que dans les moments de rupture ou de crise du processus (fréquence, durée, localisation de l'intervention, position des personnes, rapport contractuel, modalité d'intervention, confidentialité, secret, la règle d'abstinence, la règle de neutralité).

Dans toutes les formes de psychothérapies dérivées de la psychanalyse (Roussillon 2007)¹, les psychothérapies d'inspiration analytique, les psychothérapies brèves, les psychothérapies de soutien ou de reconstruction, il y a un aménagement, une « ouverture » par rapport aux règles de la cure analytique.

Assez vite le cadre externe se révèle mouvant et la réalité de vie du CADA ne me permet pas de me constituer un cadre assez sûr pour proposer une réelle thérapie individuelle. Je me sens moi-même trop insécure pour porter une thérapie au CADA.

Les personnes sont là pour un temps indéterminé, elles peuvent partir à tout moment et leur principale préoccupation est leur demande d'asile.

De fait je peux considérer qu'elles ont toutes vécu des épisodes de souffrances, de douleurs, de contact avec la mort de près ou de loin, et que réveiller les traumatismes dans un contexte incertain quant à leur avenir ne m'apparaît pas comme opportun et approprié. Je suis donc là pour assurer ce que j'appelle une « veille psychologique », apportant soutien dans cette épreuve du temps, abordant parfois les épreuves qu'elles ont vécues, mais jamais à ma demande. Leurs angoisses du moment sont liées à ce temps d'attente de l'Ofpra, puis souvent la CNDA, temps à rallonge, temps suspendu.

¹ ROUSILLON, Manuel de psychiatrie et de psychopathologie clinique générale.(Paris), Masson ; 2007.

C'est dans ce contexte de prise en charge que mon mémoire va prendre forme.

Quel est le rôle d'une psychologue en CADA ? Comment se positionner, quelle souplesse de cadre adopter ? Quelles sont les difficultés rencontrées, tant dans l'institution du CADA que dans l'institution mère de l'EMPP ?

METHODOLOGIE

Pour ce mémoire, différentes méthodes de travail sont possibles : étude de cas, analyse d'entretiens ou encore questionnaires.

Mais c'est aussi l'occasion de faire un travail qui ne ressemble pas à ce que j'ai connu lors de ma formation universitaire et d'utiliser une méthode différente et moins classique en psychologie clinique.

Mon tuteur m'a donc parlé du journal de terrain, ou encore la méthode de l'observation directe. Cette méthode me permet de me décentrer de ma pratique, d'avoir un regard extérieur et de remettre à plat mon travail afin d'en exploiter un maximum d'informations.

La méthode d'observation directe : il s'est agit dans ce travail, de rendre compte de manière la plus objective et concrète possible de 2 demi-journées passées au CADA, de mon arrivée à mon départ de la structure. Après chaque demi-journée j'ai retranscrit précisément le déroulement, les rencontres et les interstices de mon travail. J'ai laissé « reposer » cette retranscription quelques jours puis j'ai essayé de faire une analyse secondaire de mon écrit pour en tirer un regard critique qui va être le support de ma discussion.

Je me suis beaucoup moins concentrée à retranscrire le détail des consultations que les espaces informels, les temps intermédiaires, les interstices des journées qui me paraissent plus intéressant à traiter.

J'ai aussi fait le choix d'inclure mon journal de terrain dans mon mémoire afin de donner une plus grande lisibilité et compréhension de l'analyse qui en suit.

Cette méthode a été d'une grande richesse pour moi mais aussi d'une grande remise en question, d'une prise de conscience de mes conditions de travail précaire, tant au niveau interne qu'externe.

J'ai volontairement anonymisé les structures dans lesquelles j'interviens car ayant un regard plutôt critique dans la discussion qui suit il me paraît nécessaire de respecter les institutions qui travaillent du mieux qu'elles peuvent avec leurs moyens propres.

PRESENTATION DES STRUCTURES

I. EMPP, qui sommes-nous ?

L'équipe se compose d'un temps plein infirmier et un temps plein psychologue partagé entre moi-même à 60% et ma collègue à 40%. Nous avons une secrétaire à 30%. Officiellement nous sommes les seuls membres qui constituons cette équipe pour couvrir 2 secteurs de psychiatrie correspondant à 140 communes.

2 psychiatres et un cadre infirmier essaient de se rendre disponibles régulièrement.

Notre chef de service est absent du dispositif ; à mon arrivée dans l'équipe il n'existe aucun temps de rencontre entre nous. Nous programmons donc rapidement une réunion par an avec les cadres de santé, médecins, et chef de service où nous pouvons aborder les points essentiels de notre travail.

De fait, nous rencontrons officiellement notre chef une fois par an et nous avons une liberté totale d'intervention et de travail. Nous soumettons nos projets au cadre de santé qui transmet pour validation. Cette absence de cadre externe et de soutien de la hiérarchie est à double tranchants. D'un côté c'est l'avantage d'une autonomie quasi complète avec une organisation personnelle de nos agendas ; d'un autre côté c'est la difficulté de faire parfois face à des responsabilités qui ne devraient pas nous incomber et cela nous devons veiller à notre cohérence interne pour de garder une base solide de travail.

En Février nous avons également sollicité les médecins afin de les rencontrer régulièrement pour travailler ensemble autour de situations cliniques ou de projets de travail. Des réunions

sont donc prévues sur l'ensemble de l'année (quand elles ne sont pas annulées au dernier moment ou oubliées du médecin).

L'équipe est nomade, le lieu professionnel qui nous est propre consiste en 2 pièces, situées sous les locaux de l'hôpital de jour adulte, en face de la pédopsychiatrie et à côté de la lingerie de l'hôpital.

Une pièce est dédiée à la secrétaire présente à 30% et une autre nous sert de lieu de consultation, de lieu de repas, de repos et de réunion. La salle d'attente est en fait un large couloir qui donne accès à la lingerie, à une salle de ping-pong pour les patients pour l'HDJ et au secrétariat.

Nous partageons les toilettes avec l'équipe de l'hôpital de jour située à l'étage. Nous n'avons pas d'évier ni de point d'eau attitré si ce n'est celui existant à l'extérieur des toilettes.

La pièce n'est pas du tout insonorisée et lors des consultations nous pouvons entendre les gens descendre les escaliers, ouvrir les portes et aller aux toilettes qui sont en face.

Nous avons été victime de 3 cambriolages à la suite l'année dernière. Les travaux pour réparer les fenêtres cassées ont été très longs et nous sommes restés avec des bouts de contreplaqué aux fenêtres pendant plusieurs mois. Nous étions donc sans lumière naturelle dans la salle de consultation. Il nous a fallu interpeller les syndicats pour que la situation évolue et que nous ayons des locaux sécurisés.

Aujourd'hui une alarme a été installée pour l'ensemble du bâtiment et les serrures ont été changées.

On voit bien comment la précarité ne s'arrête pas à celles de nos usagers et comment l'intimité des lieux, le cadre de travail, est mis à mal.

II. Le CADA, une structure en extension

Ce dispositif, dans un premier temps ouvert suite à une réquisition du bâtiment par Mme la Préfète en 2014, a vu au fil du temps son activité se développer puis se pérenniser avec son point d'orgue au courant de l'année 2016.

A l'ouverture il se composait de 100 personnes et n'était qu'un DHU avec pour vocation de se fermer après la trêve hivernale ; aujourd'hui il en compte 200, seuil maximal d'accueil. Il est financé par une association 1901. Il y a donc 130 places de CADA, 70 de DHU et 20 en CAO depuis Mars 2017. La durée moyenne de séjour oscille entre 12 et 18 mois.

Pour accompagner toutes les personnes accueillies au sein des dispositifs, l'effectif des professionnels a lui aussi évolué et s'est pérennisé. En juillet 2016, il était composé d'un chef de service, d'un agent administratif, de deux intervenants sociaux et de 5 surveillants-veilleurs. Au court de l'année, l'équipe s'est étoffée comme suit :

- Juillet 2016 : remplacement du chef de de service
- Aout 2016 : embauche d'une troisième intervenante sociale
- Décembre 2016 embauche d'une quatrième intervenante sociale.
- Juin 2017, embauche d'une cinquième intervenante sociale
- Juin 2017, embauche d'une animatrice pour l'été

L'équipe est donc composée comme suit :

- 1 cheffe de service
- 1 agente administrative
- 5 intervenantes sociales (2 assistantes sociales, 2 conseillères en économie sociale et familiale, 1 éducatrice spécialisée)
- 3 surveillants de jours

- 2 veilleurs de nuit.

La population accueillie est principalement issue des pays de l'Est et pays d'Afrique noire et se compose d'un grand nombre de familles avec des enfants scolarisés (63). Sans oublier les enfants non scolarisés et les 12 naissances au court de l'année 2016.

Il y a une étroite collaboration avec les partenaires de la commune. Depuis l'ouverture de l'établissement, les personnes accueillies bénéficie des actions d'un collectif citoyen (association mise en place pour venir en aide aux réfugiés).

- Activités récréatives les mercredis après-midi pour les enfants.
- Cours de français
- Organisations de l'aide alimentaire avec la Croix Rouge et le CCAS
- Marches qui donnent l'occasion de s'exercer à la langue française
- Repas partagés
- Activités de couture
- Organisation du vestiaire interne
- Soutien scolaire

Toutes ces activités mises en œuvre par les bénévoles du collectif s'organisent et se régulent via des réunions mensuelles du collectif, l'agent administratif et la chef de service du CADA/DHU.

- Architecture du bâtiment et investissement des lieux :

Le bâtiment réquisitionné par la préfète est un ancien hôpital local, délocalisé dans de nouveaux bâtiments neufs. Il est construit sur 3 étages en forme de carré et un sous-sol. Les murs sont gris-blanc et le sol en carrelage gris ou rouge.

A l'entrée se trouve le bureau du veilleur qui accueille toute personne entrant dans l'établissement et qui fait le lien entre le personnel extérieur et les usagers.

Au rez-de-chaussée se trouve quelques chambres, tous les bureaux administratifs (chaque travailleur ayant son propre bureau), les salles de cours de français et de couture, la pièce de distribution et de rangement du matériel donné par des habitants, ainsi qu'une grande salle qui peut servir de pièce de réunion ou d'activité.

Une salle de « repas/repos » est également investie par l'équipe, donnant sur une terrasse extérieure. Dans cette salle se trouve tout ce qu'il faut pour manger ou boire un café, mais aussi toutes les infos officielles concernant l'association mère (offre d'emploi, nouvelles législation...etc.).

Chaque étage se compose ensuite de la même manière ;

- Des chambres pouvant accueillir 1 à 4 personnes, avec ou sans sanitaires privés.
- Plusieurs cuisines communes avec le matériel de base : frigo, cuisinière, micro-onde.
- Des salles de bains communes.
- Une grande salle commune quasi vide, avec parfois un ou 2 canapés.

Chaque étage est desservi par plusieurs escaliers repartis sur l'ensemble du bâtiment. Il existe un ascenseur réservé aux familles avec poussettes ou aux personnes invalides.

A l'ouverture du CADA, la répartition des usagers s'est faite par nationalités mais très vite la répartition a changé au gré des arrivées et des départs. Aujourd'hui la chef de service essaie de loger au 2^{ème} étage les personnes en DHU, car ce sont bien souvent des hommes seuls qui ont un rythme de vie différent des familles ; et nombreuses familles peuvent être inquiètes face aux hommes seuls.

- Lieux de consultations

Mon collègue et moi-même consultons en général dans la pièce de couture ou la salle de cours de français. La première possède plusieurs machines à coudre ainsi que beaucoup de tissus autour d'une grande table. La deuxième est composée d'un tableau noir d'écolier, d'une table et des chaises.

A mon arrivée sur l'EMPP, le CADA à une équipe plus restreinte et une pièce entière nous était dédiée pour les consultations. Le responsable de l'époque l'appelle « la salle EMPP » ; il nous avait trouvé des fauteuils confortables et il était en effet très agréable de consulter dans ce lieu plutôt intime que nous avons fini par investir. Puis à l'arrivée d'autres travailleuses sociales la pièce fut transformée en bureau et depuis ce jour je regrette d'être « sans bureau fixe ».

Aucune pièce commune, que ce soit en rez-de-chaussée ou en étage n'est investi par un quelconque tableau, peinture, plante ou autre.

L'extérieur du bâtiment est très agréable. Il donne directement au bord de la rivière et à un grand parc de jeu pour enfant moyennant une petite marche à l'ombre des arbres.

De l'autre côté, l'accès à la ville est aussi direct, que ce soit pour les commerces, les lieux de soins ou encore le marché hebdomadaire.

Donc dans l'ensemble, un lieu de vie assez austère de par sa couleur et la vieillesse des lieux, mais l'environnement permet de vite sortir du logement et d'être en prise directe avec la nature.

- Mes missions

L'équipe intervient au CADA depuis 2014 avec une permanence infirmière toute les semaines et des consultations psychologiques de plus en plus nombreuses.

J'interviens dans le cadre de mes missions de l'EMPP telles qu'elles sont définies par la circulaire de 2009. J'ai 2 directions de travail :

- de l'aide aux aidants : rencontrer les travailleurs sociaux (TS) pour une situation précise qui demande un éclairage psychologique. Ce temps peut, ou pas, déboucher sur la prise en charge individuelle de l'utilisateur en question.
- la prise en charge d'un public en situation de précarité et/ou d'exclusion. Personnes orientées par les TS qui ont repéré une fragilité ou des signes inquiétants nécessitant des soins de la psychiatrie, infirmier ou psychologue.

Les TS du CADA m'orientent donc des usagers sur des critères variables : personne déprimée, question d'une pathologie sous-jacente ou état de stress post-traumatique.

J'ai toujours un temps de discussion avec la travailleuse avant de formaliser un entretien, avec ou sans interprète selon la maîtrise du français de la personne. N'ayant qu'un temps de 60% dédié à l'EMPP je ne peux pas recevoir toutes les situations qui le nécessitent. Aussi je délègue à mon collègue infirmier, seul temps plein de l'équipe, pour faire les premières consultations. Il m'oriente ensuite ou pas la personne selon son évaluation du besoin et de la suite à donner.

Ce sont principalement des femmes qui me sont orientées, souvent à leur demande, dans un parcours emmaillés de traumatismes sexuels qu'elle ne souhaite pas aborder avec un homme. De fait ma consultation est pour l'heure à 100% féminine.

Ma place au CADA est aujourd'hui repérée, tant par les TS que les veilleurs et les résidents.

La prise en charge peut être infirmière, psychologue ou les 2. Je reçois des femmes qui sont seules ou en couple, avec ou sans enfants et d'origines différentes (Albanie, Kosovo, Russie, Syrie, Arménie).

Il est important de préciser que les rencontres se font sur leur lieu de vie. Il faut parfois, dans les premiers temps, aller chercher l'utilisatrice dans sa chambre qui a oublié l'heure ou le jour malgré un carton de rdv. Je délègue en général cette tâche au veilleur afin de préserver un peu la distance entre elle et moi par rapport à son intimité de vie.

Me voilà donc immergée depuis 2 ans dans cet univers dont je vais exposer le travail dans le journal de terrain qui suit.

JOURNAL DE TERRAIN

Les 2 demi-journées de travail qui sont relatées ci-dessous sont tout à fait représentatives de mon travail au CADA. La première demi-journée est du mois de Mai et la deuxième du mois de Juin.

I. ½ journée 1

J'arrive au CADA avec 15 mn d'avance sur mon premier rdv, ce qui en général me laisse le temps de dire bonjour à l'équipe et de les informer des résidents que je rencontre dans la journée.

Mais ce matin, l'interprète est déjà là et je croise dans les couloirs Mme S. qui attend.

Le surveillant de la journée m'a d'ailleurs déjà ouvert la porte de la salle de consultation où je vais poser mes affaires avant de rejoindre l'interprète. Il est installé en salle de « repos » et boit un café avec l'agent administratif du CADA. Je m'en sers un rapidement, échange quelques mots avec lui sur l'état des routes, le nouveau président de la République, puis nous partons dans la pièce de consultation. Mme S. est toujours là et nous attend.

Depuis que je rencontre Mme S. j'ai recours à un interprète car elle ne parle pas ou peu le français. Nous n'avons pas toujours la même personne faute de compatibilité temporelle.

J'ai toujours un peu d'appréhension à recevoir cette dame car son discours reste inchangé depuis le début de la prise en charge (il y a 1 an) ; les difficultés n'évoluent pas, elle pleure beaucoup, est passive sur son quotidien et je ne sais plus comment orienter les entretiens pour sortir de ce ronronnement.

Etonnamment, ce matin son discours va petit à petit être différent. Elle arrête de chouiner, de pleurer et de se plaindre en permanence. C'est la 2^{ème} fois que nous avons un interprète homme

contrairement à d'habitude ou c'était une femme. Et je crois que ça y est pour quelque chose. Elle nous parle davantage de sa vie au Kosovo, des problématiques du pays et des risques qu'elle a pris pendant plusieurs années auprès d'un mari malade. Le temps de la consultation me paraît moins long et nous nous quittons après 45 mn.

Elle me tient longuement la main dans son au revoir, ce qui n'est pas dans ses habitudes. Il s'est passé quelque chose aujourd'hui entre elle et moi et l'interprète.

Ce dernier s'en va après quelques mots échangés sur le moment passé ensemble.

J'ai 10 mn avant le rdv suivant, la fille de Mme S. Je m'attrape un café et reviens dans le bureau.

J'ai un message d'une collègue psychologue, j'en profite pour la rappeler. Il s'agira d'évoquer ensemble une situation du CADA dont nous avons chacune une sœur en consultation et pour lesquelles nous sommes assez inquiètes.

[Mlle M.](#) arrive pendant que je suis au téléphone (évidemment je suis en retard), je lui fais signe de patienter 5 mn et je la retrouve peu après dans le couloir. Je m'excuse pour mon retard et nous démarrons l'entretien.

Mlle M. est une jeune fille très douce, qui a beaucoup de projets pour son avenir et qui en même temps est toujours très inquiète pour son entourage. J'apprends qu'elle a démarré du bénévolat à la Croix rouge une demi-journée par semaine et elle continue à prendre des cours de français tous les après-midi. Elle a également fait un CV pour trouver du travail. Elle est moins en proie avec ses angoisses bien qu'inquiète pour le recours CNDA qui est enclenché depuis peu ; l'OFPRA ayant donné une réponse négative.

Nous sommes interrompues à 11h par une des travailleuses sociales (*elle ne sait pas si je suis en entretien ou pas*) qui m'informe que l'interprète russe que j'ai sollicitée pour la suite est là. Etonnée je sors de la pièce, un peu perdue dans les horaires car j'avais en tête 11h30. Peu importe, l'interprète m'attendra dans la salle de café et la travailleuse s'excuse de m'avoir dérangé, ce qui est la première fois depuis mon travail au CADA.

Je finis mon entretien et rejoins Irina, l'interprète. Nous bavardons 5 mn de choses et d'autres puis je la laisse pour me rendre aux toilettes, ce que j'attends déjà depuis un moment.

Je croise [Mme E.](#) dans le couloir, qui m'interpelle, m'embrasse, perdue entre son rdv avec moi et celui du psychiatre. Je prends le temps de lui re noter les différents rdvs et lui expliquer où se trouve le bureau du psychiatre à l'hôpital de Montbrison. Je serais avec elle à ce premier entretien qui fait suite à notre dernière entrevue où elle m'avait confié entendre des voix qui lui ordonne de faire des choses parfois dangereuses. Je suis assez inquiète pour elle et j'ai un bon contact depuis notre rencontre. Elle m'embrasse pour me dire au revoir, et je la revois dans 4 jours.

Je peux enfin aller aux toilettes.....

Il est l'heure de recevoir [Mme H.](#) d'origine Russe. Elle n'a plus d'existence propre. Elle est complètement débordée émotionnellement et physiquement, a parfois un discours confus. Elle parle de la guerre, de sa famille unie au pays, de son impuissance face à la maladie de sa sœur, de ses angoisses. Elle dira aujourd'hui « ma vie passe bêtement ». Ses sacs ne sont pas défaits, comme « à la guerre », prête à repartir.

Je me demande à chaque fois dans combien de temps elle va craquer, ou plutôt combien de temps va-t-elle tenir à ce rythme. C'est d'elle et sa sœur dont j'ai parlé en début de matinée avec ma collègue au téléphone. J'ai orienté les enfants en pédopsychiatrie et j'essaie de mettre en place un soutien au domicile.

Elle est fatiguée, peine à se réveiller, mais prend ce temps là pour elle, le seul qu'elle s'accorde.

Elle doit se présenter avec sa sœur à la CNDA début Juin mais ne sait pas si sa sœur sera en état de s'y rendre. L'audience a déjà été reportée.

Il est midi 15, nous clôturons l'entretien.

10 mn de pause s'offre à moi et l'interprète pendant lesquelles nous débriefons sur Mme H.

[Mme L](#) arrive enfin avec un peu de retard. Elle a laissé ses enfants sous la surveillance d'une autre résidente.

Les 10 premières minutes elle semble toujours intimidée, mal à l'aise. Elle a mis du temps avant de me raconter et de me faire un semblant de confiance. Aujourd'hui elle me dit que ça va tout

en pleurant. Mme L. pleure beaucoup, tout le temps, et avec une forme de mélancolie. Par le passé j'apprends qu'elle a eu des idées suicidaires qui l'ont conduite à un mois d'hospitalisation notamment après sa séquestration. Je l'ai orienté chez une psychiatre mais le traitement ne semble pas l'apaiser. Elle se sent seule, voudrait qu'il ne lui soit jamais arrivé ces traumatismes. Parfois elle dort avec un couteau tellement la peur est encore présente.

Et je reste désemparée devant tant de peine, ne sachant pas comment atteindre sa confiance et son histoire de vie douloureuse. Tout semble perdu d'avance avec elle, quoi qu'on dise ou fasse.

A 13h j'arrête l'entretien ; lui dit de prendre soin d'elle ce qui semble lui faire un drôle d'effet ; elle reste interrogative et sourit. Peut-être n'a-t-elle pas compris le sens ?

Je quitte Irina dans un couloir. Je suis interpellée par un membre de l'équipe qui souhaite m'entretenir justement de la situation de Mme L. Je n'ai pas le temps de rester mais je propose un appel plus tard. Ce que je ferais vers 16h.

Je remonte dans ma voiture, un peu épuisée. J'ai passé 4h au CADA et je n'ai même pas eu le temps de dire bonjour à toute l'équipe. Je sais que je reviens dans 4 jours et que j'aurais plus de temps de reprendre les situations préoccupantes avec l'équipe.

.

II. ½ journée 2

J'arrive ce matin avec 15 mn d'avance, comme à mon habitude histoire de m'installer tranquillement dans une salle et de rencontrer l'équipe avant de démarrer ma série de consultation.

Je retrouve une partie de l'équipe en train de boire un café et fumer une cigarette dans la cour intérieure qui donne sur la salle de repos. Je suis rapidement interpellée pour une nouvelle situation d'une famille dont la jeune adolescente de 17 ans vient de faire une tentative de

suicide. Il s'agirait de rencontrer la mère qui ne va pas bien et qui a développé depuis un moment des symptômes psycho somatiques.

La travailleuse sociale me demande si mon collègue infirmier m'en a parlé car elle a déjà abordé la situation avec lui. Je réponds que non, mais que nous avons eu peu de temps pour nous voir ces dernières semaines. Du coup, c'est la travailleuse du CADA qui fait le lien entre mon collègue et moi-même. Ce qui nous emmène à conclure sur le ton de l'humour que si l'EMPP à désormais besoin de ses partenaires pour faire du lien au sein même de son équipe « on va toucher le fond ».

On en rit mais je reste un moment assez interrogative sur ce qui est en train de se jouer, et cela m'interpelle sur le fonctionnement ou du moins la disponibilité avec mes collègues ces derniers temps.

Concernant cette nouvelle dame, je lui réponds que Luc fera un entretien de première intention comme il le fait généralement et qu'il m'orientera la situation si besoin. Je réprécise qu'il est le seul temps plein de l'équipe et qu'à ce titre il a davantage de temps que moi pour répondre à cette nouvelle demande.

Entre temps, le bénévole qui donne des cours de français entre dans la salle et demande qu'on lui donne des craies pour le tableau. Ce que va faire l'agente administrative présente.

Quand celle-ci revient, elle m'informe qu'un collègue a reçu un appel d'une interprète qui informe qu'elle ne sera pas présente comme convenue ce matin pour le rdv avec Mme H.

Je ne comprends pas le message puisque en général l'interprète russe avec qui je dois travailler ce matin passe directement par moi pour me communiquer les changements s'il y en a. Après échanges nous convenons que l'agente en question rappelle au numéro indiqué sur le message pour éclairer la situation et qu'elle me tient au courant.

Je prends un café et je me dirige vers une salle pour m'installer avant que ma première usagère n'arrive. Ce matin, les 2 salles dans lesquelles j'ai l'habitude de recevoir les usagers ne sont pas disponibles. Le surveillant m'ouvre donc la grande salle au fond du couloir, salle qui doit faire entre 70 et 80m².

Impossible de créer une bulle d'intimité dans cette salle vide, dépourvue de tout mobilier hormis 4 tables et quelques chaises. Je m'adapterai.

J'installe donc une table près d'une fenêtre avec 3 chaises autour.

L'agente administrative revient vers moi avec des informations plus précises sur la possible absence de l'interprète : en fait, c'est une amie de Mme H. qui a téléphoné pour indiquer que Mme H. ne sera pas au rdv de ce matin car elle est à Saint Etienne. Cela emmène chez moi un mouvement de râlerie puisque j'ai une interprète qui vient ce matin pour 2 usagères russes et que l'une d'elle ne sera pas là. *(J'informe pourtant toujours les usagers que je rencontre de l'importance de leur présence aux rdv fixés avec un interprète, celui-ci se déplaçant spécialement pour elle. Dans le cas d'une absence je leur demande de me prévenir assez tôt pour annuler à l'avance).*

Nous nous interrogeons aussi sur « où sont les enfants ? Avec elle ? » ; Sachant qu'il s'agit des enfants de sa sœur actuellement hospitalisée dans le cadre d'un cancer.

Nous en bavardons 2 mn puis je prends mon téléphone pour appeler l'interprète et l'informer qu'elle peut arriver plus tard si elle le souhaite au CADA.

Au moment même où je prends mon téléphone celui-ci sonne, j'ai un appel de la Sauvegarde de Montbrison qui souhaite échanger sur une situation. Je décale l'appel et nous fixons un rdv dans les locaux de l'EMPP dans 10 jours.

J'appelle donc l'interprète. Celle-ci est déjà en route pour le CADA. Elle me dit que ce n'est pas grave et je réponds que si Mme L. est disponible nous la verrons plus tôt que prévu. Sachant que je viens de croiser Mme L. en salle de cours de français et que cela m'ennuierais de lui demander de sortir du cours pour mon entretien.

Il est 9h38, j'ai toujours ma tasse de café avec moi, à moitié bue, et je me demande d'un seul coup si Mlle M., ma première patiente, n'est pas en train de me chercher puisque je suis dans une salle inhabituelle.

En effet, je la vois au fond du couloir et elle me cherche.

L'entretien va pouvoir commencer. Mlle M. est plutôt de bonne humeur et énergique, même si elle exprimera combien l'incertitude de l'avenir est difficile à gérer et supporter.

Je la raccompagne à la porte en fin de séance et après avoir convenu d'un autre rdv. Je lui précise à l'avance que la période des congés arrive et que notre prochain rdv sera le dernier avant quelques semaines.

Je pars me chercher un deuxième café et finalement je ne suis pas mécontente de l'absence imprévue de Mme H. car j'ai déjà besoin de me poser un peu et redémarrer cette matinée dans une temporalité « normale ».

Je croise Mm X, ancienne usagère que je recevais et avec qui j'échange quelques mots, très souriante.

Sur le retour vers la grande salle je m'arrête au bureau d'une travailleuse sociale que je n'ai pas encore croisée ce matin et à qui je vais dire bonjour. Une de ses collègues arrive sur mes pas, venant la chercher pour partir à la poste. On prend 5 minutes quand même pour quelques questions pratiques. Etant référente de Mme H. elle m'informe du coup que cette dernière est partie sur St Etienne depuis Mardi soir, qu'elle en a fait la demande à la chef de service qui lui a accordé avec autorisation d'absence à l'école pour les enfants le Mercredi. Du coup cette « sortie » s'est prolongée ce qui explique son absence à mon rdv de ce matin.

Je prends un peu des nouvelles des autres résidentes que nous avons en commun et je la quitte.

L'interprète arrive et elle aussi me cherche dans les locaux. Je l'accueille dans la grande salle et je lui explique la situation de Mme H. qu'elle connaît autant que moi.

Le veilleur arrive dans la salle à ce moment-là, me demandant qui je vois ce matin, dans le souci d'aller chercher les personnes si elles ne viennent pas d'elle-même. Je l'informe de mon souhait de voir Mlle L. avant l'heure mais qu'elle est actuellement en cours de français et donc que je vais attendre un peu. Il sort de la salle et m'annonce que le cours est fini et qu'il peut aller la chercher. Ce que j'accepte volontiers.

Mlle L. arrive donc assez rapidement et nous démarrons l'entretien. Je lui explique pourquoi je la reçois plus tôt que prévu si cela ne la dérange pas.

En arrivant ce matin, une des TS m'a rapporté qu'elle trouvait cette dame rayonnante depuis quelques temps, ce qui la rassurait car en effet Mme L. présente un tableau clinique assez mélancolique.

Je ne trouve pas Mme L. rayonnante du tout... comme à son habitude elle répond de manière très laconique aux questions, j'ai l'impression de « ramer » complètement, elle ne comprend pas mes questions ou répond à côté. Je dois reformuler, je m'interroge sur la traduction mais Irina aussi patauge un peu dans le discours. Elle pleure à grosse larmes, renifle, parle peu. Et je n'ai pas les mots qu'il faut pour nous sortir de la situation qui me parait s'engluer au fil du temps. Je tente des sujets différents, une attitude corporelle différente, je me penche vers elle, mais je n'ai le sentiment que rien ne l'accroche, ni les mots, ni les regards.

Je lui propose de me parler de ce qu'elle a envie ce matin, pour arrêter d'être dans une série de questions qui m'assimile à un inspecteur en plein interrogatoire, mais cela est aussi un échec.

Je clôture donc la séance assez rapidement.

On prend le temps de débriefer un peu avec l'interprète sur nos ressentis, j'interroge sur la traduction et ma difficulté à comprendre Mme L. Irina a aussi du mal dans la traduction, les repères temporels étant mal définis dans le discours.

Je la raccompagne à la sortie du CADA. Sur mon chemin je croise le même veilleur que précédemment à qui je demande s'il a vu Mme E. avec qui j'ai ensuite rdv. Ayant un peu d'avance sur mon planning je souhaite savoir si elle est disponible, ce qui me permettrait de partir plus tôt et rejoindre les bureaux de l'EMPP ou ma collègue psychologue est déjà, et dont elle doit partir de bonne heure. Et j'aimerais avoir le temps d'échanger un peu avec elle sur notre travail commun.

Il est justement en train d'appeler l'ascenseur pour Mme E. qui descend du 3^{ème} étage avec sa poussette.

Après avoir raccompagné l'interprète, je vois Mme E. à la sortie de l'ascenseur. Je lui demande si elle est disponible tout de suite. Elle me dit que oui, qu'elle va donner le bébé à son mari et qu'elle revient.

Je constate qu'elle a du mal à parler et qu'elle met un mouchoir devant sa bouche. En fait elle sort tout juste du dentiste qui vient de faire des gros soins dentaires sur ses dents de devant, et avec l'anesthésie parler n'est pas évident.

On se dirige ensemble vers la salle de consultation du jour et je reprends avec elle les derniers éléments de notre rencontre. Nous nous étions vue chez le psychiatre où je l'avais accompagné pour des troubles « délirants », et une humeur vraiment déprimée. Le traitement s'était composé d'un neuroleptique, d'un anti dépresseur et d'un anxiolytique.

Elle me dit qu'elle arrêté le traitement au bout d'une semaine car les effets secondaires, notamment la sensation de lourdeur et l'envie de dormir, étaient trop important pour pouvoir gérer les 4 enfants. Je suis un peu embêtée, et je l'invite à poursuivre l'anti dépresseur qu'elle devrait supporter. Nous avons un prochain rdv médical à la fin du mois.

L'entretien est agréable, j'ai beaucoup d'affection pour cette dame qui porte beaucoup tout en étant aux prises avec des voix qu'elle entend et qui pourrait la mettre en danger.

Nous programmons un autre rdv et nous nous quittons sur des conseils bucco-dentaires !

Le veilleur de jour repasse vers la salle, je lui dis qu'il va pouvoir la fermer car j'ai fini mes entretiens. Il me précise que cette salle doit bien restée fermée car les enfants du CADA ont tendances à l'envahir et à ne pas être méticuleux avec le peu de matériel entreposé.

Je range mes affaires et je repasse par la salle de repos pour nettoyer et ranger ma tasse de café. Je croise la 4^{ème} travailleuse sociale qui vient chercher à boire et qui en profite pour m'interroger sur une dame qu'elle m'avait orienté et elle aimerait avoir mon avis. Elle me précise en même temps que nous avons une réunion de programmée tous ensemble dans une semaine pour justement faire le point des situations et échanger nos avis ; et qu'elle aimerait que l'on en parle. Je suis contente qu'elle se saisisse de ce temps programmé qui permet d'être ailleurs qu'entre 2 portes pour se parler, le sac sur le dos prête à partir.

Donc en effet, je confirme que nous en parlerons à ce moment-là, mais qu'en attendant j'entends son inquiétude et que j'y serais attentive lors de mon prochain entretien avec elle. Je lui précise que pour cette dame j'ai l'intention de lui proposer de consulter sur le CMP de la commune ; elle me semble en capacité de pouvoir se rendre à ses rdv seules, et les missions de l'EMPP

peuvent s'arrêter là. Je me suis déjà assurée en amont que ma collègue psychologue du CMP avait de disponibilité pour la recevoir.

Je quitte le CADA, et me dirige vers ma voiture pour rejoindre les locaux de l'EMPP à une vingtaine de km.

REFLEXIONS

Il va s'agir ici de mettre en évidence plusieurs thèmes de réflexions cliniques autour de mon travail. Les principaux qui m'ont paru intéressants à traiter sont la question de l'agrippement, des espaces spatiaux-temporels et enfin du cadre de travail institutionnel.

I. Agrippement

L'agrippement (grasping), développé d'abord par Freud en 1905² puis repris par Bowlby sous le terme « d'attachement » est une manifestation rencontrée dès le début des obstacles chez l'être humain. Cet instinct surgit surtout dans les états d'angoisse, lorsque l'enfant fait l'effort de rétablir la relation mère-enfant sécuritaire d'autrefois. C'est la réaction du petit enfant au danger extérieur ; l'enfant ne se contente pas de fuir ce qui lui fait peur, il fuit vers celle qui le protège, en l'occurrence la personne biologique adéquate (la mère). Il dirige les signaux de son angoisse vers sa mère, et il y trouve la protection dans la position d'agrippement (il s'accroche à elle, grimpe sur ses genoux, se blottit contre elle). Pour apaiser la peur il n'y a pas de meilleur moyen que la position d'agrippement.

Quand j'arrive c'est comme si j'étais déjà dans les lieux, je suis attendue : la salle de consultation a parfois été ouverte, l'interprète m'attend, Mme S m'attend.

L'agrippement psychique est déjà là. *L'interprète me parle beaucoup, il est très à l'aise dans cette salle de repos où il lui a été offert un café par quelqu'un de l'équipe du CADA* (les interprètes venant souvent, ils savent aussi où se rendre quand ils arrivent). Il me parle

² FREUD S. Trois essais sur la théorie sexuelle. 1905-1924. Flammarion ; 2011

beaucoup, de tout et de rien alors que je suis concentrée sur les usagers qui nous attendent et que le temps passe. Je me sens envahie par son discours.

Je dois donc souvent rappeler l'heure pour quitter cet espace de salle « de repos » pour rejoindre le lieu de consultation.

Avant même d'avoir pu me servir un café, je suis souvent interpellée sur plusieurs points. Le lieu est du coup loin d'être une salle de repos mais plutôt une zone de multiples informations plus ou moins formelles échangées. J'interroge sur la situation des suivis que j'ai et on m'interpelle à propos de nouvelles situations.

Ce matin-là je finis par me servir un café mais vais le boire ailleurs : est-ce une fuite ? Ce qui est stérile car j'attends de toute façon le retour d'une information par une des travailleuses sociale. C'est plutôt fuir un lieu où trop d'informations se télescopent et ne laissent pas la possibilité de penser sereinement. C'est chercher un lieu contenant pour me préparer à recevoir les usagères du CADA. Chercher un lieu où la pensée va pouvoir être exprimée librement sans parasitage externe. Chercher à me recentrer, tout simplement.

A la fois je « subis » cet agrippement, et à la fois j'en suis aussi parfois l'auteur, dans une position anxieuse lorsque je cherche à faire du lien avec l'équipe : m'enquérir de leur travail, de la suite des dossiers Ofpra déposés, m'assurer que les relais sur mon collègue infirmier ont été fait. Faire du lien avec elles, créer du liant serait une façon de favoriser le maillage entre elles, ce qui ne paraît pas toujours facile dans une structure qui s'est développée rapidement autour d'un noyau déjà constitué et parfois réfractaire au changement. Finalement, ma position d'agrippement est justifiée par le prétexte de faire du liant.

Le veilleur arrive dans la salle à ce moment-là, me demandant qui je vois ce matin : l'arrivée est impromptue alors que je pense avoir fait le tour des infos du jour et que j'aimerais me concentrer sur les consultations. Il vient voir si j'ai besoin de ses services, voir ce qu'on fait ? Qui on voit ? Dois-je lui dire ? Cela le regarde-t-il ?

Alors que je pense pouvoir continuer ma conversation avec l'interprète, je suis donc de nouveau interpellée, agrippée, m'interrogeant sur l'intérêt de donner certaines informations au veilleur, qui est plein de bonnes volontés et que je ne souhaite pas blesser. Au regard de l'éthique et du secret professionnel auquel je suis soumise, je n'ai pas à informer quiconque du nom de mes patients. Travailler dans une institution telle que le CADA (ou une autre institution) oblige à

pratiquer le « secret partagé ». D'autant que c'est vers les veilleurs que je me tourne pour aller chercher les usagères dans leur chambre si besoin.

L'équipe sociale, les interprètes et moi-même sommes plongés malgré nous dans des ressentis proches de l'angoisse de séparation et c'est ce qui rend sans doute l'agrippement d'autant plus présent. Quoi de plus normal que de s'interroger sur l'avenir d'une famille dont nous nous occupons, chacun à notre manière.

L'équipe est au plus proche de leurs souffrances en préparant le dossier pour l'OFPRA, les travailleuses sociales rédigent leurs parcours de vie très souvent remplis de traumatismes, elles assistent aux nombreuses déceptions des familles déboutées, à l'état dépressif qui s'en suit. La question qui circule en permanence est : « telle famille va-t-elle être déboutée ou acceptée sur le territoire français ? ». Chaque refus conduit à un recours, lui aussi préparé par les travailleuses sociales qui conduit à nouveau à un temps d'attente et une nouvelle réponse. 8 fois sur 10 il y a un refus et donc un départ à organiser, une séparation.

Chaque départ fait l'objet de rassemblement dans la cour de l'établissement, il y a les embrassades, les larmes, les adieux et bien sur les identifications des familles en attente de leur réponse.

Comment ne pas s'attacher aux familles ? Comment ne pas être en prise directe avec les attentes des 200 demandeurs d'asile ?

Le CADA représente la maison mère pour ces personnes, et tels des enfants, ils s'agrippent à ce système qui les guide dans leur démarche, dans une ville dont ils ignorent tout et dans une langue que la plupart ne maîtrisent pas. L'équipe porte du début à la fin les demandeurs d'asile, certains se débrouillent assez vite tout seuls, mais pour d'autres les travailleuses sociales sont un repère vital.

On peut donc considérer dans le travail au CADA, que plusieurs situations et plusieurs niveaux d'agrippement sont à l'œuvre :

➤ L'agrippement des demandeurs d'asile au regard de l'équipe dans un premier temps, puis au regard des autres professionnels qui gravitent autour d'eux. Tels des enfants, sans repères, loin de leur famille biologique, loin de leur terre maternelle, ils dépendent de l'équipe encadrante de leur centre d'accueil et s'y agrippent dès qu'une difficulté surgit. Et les

difficultés, dans leurs situations, sont nombreuses. A leur niveaux, l'agrippement peut être physique (dans les étreintes, embrassades...) et/ou psychique.

« Mme V me prend dans ses bras, me caresse le dos, me remercie, m'apporte un bout de gâteau tout chaud.

Mme E me tutoie, dans un français débutant, me présente ses enfants, me fait la bise.

Mme S me serre la main tout en m'embrassant, me caresse le bras pour me remercier, ne me quitte pas du regard pendant l'entretien ».

Si la thérapie, au sens analytique du terme, ne peut à mon sens pas se faire au CADA, il reste tout le non verbal qui se traduit lors de contacts physiques fréquents avec les usagères que je reçois. Ce qui ne peut être mis en mots est traduit avec le corps. Et si dans un premier mouvement j'ai pu être surprise de ses marques d'affection, elles font désormais parties de mes interventions.

➤ L'agrippement de l'équipe à ses partenaires. Elle aussi confrontée aux angoisses de séparations, il lui est nécessaire de s'appuyer sur un environnement protecteur, stable et durable dans le temps. D'où l'importance d'un cadre porté par la chef de service sur lequel s'appuyer.

Le cadre psychique va plutôt être porté par l'EMPP, nous sommes la mère rassurante face aux troubles psychiques des résidents, la mère qui va pouvoir prendre en charge ces états-là et décharger en partie l'équipe.

➤ L'agrippement de l'EMPP à l'équipe du CADA. Dans cette construction d'un cadre de travail rassurant, contenant, liant, ayant du sens, je m'enquérís toujours du bien-être de l'équipe, et je prends soin de rencontrer les personnes présentes même si le temps imparti à ma présence au CADA est court. Mon collègue infirmier a cette même attitude bienveillante bien que l'on ne se le soit jamais verbalisé.

II. Les espaces / la temporalité

- La spatialité

Tous les espaces sont partagés, hormis les bureaux des salariés. Il en résulte que mon lieu de consultation est toujours celui d'autres activités (couture, cours de français).

Certains éléments du cadre nécessaire à la prise en charge thérapeutique sont au CADA difficiles à mettre en place. Notamment :

➤ *Le lieu* : j'aurais besoin, dans le cadre d'un travail d'orientation psychanalytique, d'une pièce unique que je puisse m'approprier et rendre propice à la confidentialité. Au CADA ce lieu n'est pas neutre, ni approprié par le thérapeute, et il change sans cesse. La pièce est débarrassée de tout signe d'appropriation privée de ma part et regorge de matériel en lien avec la couture ou l'apprentissage du français, avec des espaces de jeux collectif. Depuis le début de mon travail au CADA, et depuis l'étoffement de l'équipe je ne consulte que rarement dans la même salle. Les usagers me cherchent dans les couloirs et les interprètes aussi.

➤ *La disposition des personnes* est aussi importante dans le cadre normatif de la prise en charge : ils peuvent être dans des fauteuils en face à face sans meuble les séparant ; le patient peut être allongé sur le divan et son thérapeute assis dans un fauteuil derrière lui ; ou encore d'autres disposition selon l'orientation choisie du thérapeute. Au CADA, la pièce où je consulte, même s'il s'agit de la même que la fois précédente, peut avoir subi une modification de mobilier et je peux ainsi trouver une organisation différente. De fait, la disposition que nous avons au moment de la rencontre peut être différente à chaque fois. Je m'arrange néanmoins toujours pour avoir une triangulation si un interprète est présent.

Au CADA il y a un grand nombre de couloirs et ils ont de grands rôles : on s'y croise, s'interpelle, s'attend, passe d'un espace à un autre ; mais toujours à l'intérieur du bâtiment. Les couloirs sont larges et dans les étages ils servent parfois d'espace de jeux aux enfants.

Il n'y a pas de lieu dédié à l'attente comme dans n'importe quelle institution où les usagers ont des rdv. Là-bas on attend dans les couloirs, que ce soit pour mes consultations, pour rencontrer la chef de service ou pour voir les travailleuses sociales.

Il est donc difficile à la fois de s'approprier un espace et de le rendre propice à l'échange confidentiel, à le rendre contenant : les usagers rentrent parfois à la recherche d'un cours de français ou de couture car ils ont entendus des voix dans la pièce ; parfois mon collègue infirmier qui est arrivé après moi ou quelqu'un de l'équipe qui ne sait pas où je suis installée rentre à l'improviste.

Depuis le mois de Juin, avec l'arrivée de nouveaux salariés, les salles disponibles se sont réduites. *Le surveillant m'ouvre donc la grande salle au fond du couloir, salle qui doit faire entre 70 et 80m2.* J'ai désormais parfois la seule alternative que de consulter là, dans ce lieu complètement vide et ne pouvant absolument pas être contenant. Je dois donc m'appuyer fortement sur mon cadre interne pour rendre une rencontre intime possible.

L'utilisateur me cherche aux endroits habituels, c'est-à-dire la salle de couture, la salle de français et ne m'y trouve pas toujours. Du coup le cadre spatial peut-il être sécurisant pour eux dans une situation déjà très insécure ?

- La temporalité

Les trois modalités temporelles du cadre sont la durée des séances, leur fréquence et la longueur du processus. Ces modalités ne peuvent pas être remplies.

Pour la *fréquence* il y a deux cas de figure : s'il s'agit d'une consultation avec interprète, je dois accorder mon agenda avec ce dernier et le délai entre 2 séances correspond rarement à ce que je souhaite, bien souvent trop long. De nombreux désistements se font aussi au dernier moment, je dois alors recontacter le centre des interprètes pour refixer un rdv commun. (A savoir que

prendre rdv avec un interprète demande tout un parcours administratif : je dois d'abord contacter le centre pour trouver une date commune et penser à mon retour au bureau à faire un mail de confirmation avec le lieu et l'organisme payeur. A la suite de quoi le centre me retourne un mail de confirmation).

S'il s'agit d'une consultation pour laquelle l'utilisateur parle le français, la planification est plus simple et la fréquence plus soutenue. Il reste néanmoins les oublis des rdv, par ce que l'utilisateur a simplement oublié, pris dans ses tracas liés à son statut. Je suis rarement prévenue de ces annulations.

On voit bien comment la temporalité n'est pas la même selon qui l'on est. De mon côté je m'attache à respecter des horaires, je cherche un rythme qui ai un sens pour la prise en charge mais je suis en même temps soumise à la disponibilité des interprètes, et la réalité de vie du demandeur d'asile pour qui l'attente rend le temps « intemporel ».

La *durée* des séances est en général respectée, environ 45 mn. C'est un paramètre que je peux maîtriser.

Quant à la *longueur* du processus, la temporalité du CADA est foncièrement différente de la mienne, je ne peux ni me projeter ni fixer une durée de rencontre.

Il m'arrive de suivre des usagères pendant quelques mois puis d'apprendre la veille d'un entretien qu'elles sont déboutées de leur demande d'asile et qu'elles doivent quitter le foyer sous 3 mois. Une prise en charge sereine et équilibrée pour moi n'est pas possible. Je fais du « au jour le jour » ce qui est peu compatible avec une prise en charge comme j'avais l'habitude de le faire lors des années en CMP.

Ce qui compte aussi beaucoup dans tous les éléments qui viennent d'être énumérés c'est leur stabilité. Puisque l'espace thérapeutique est comme un terrain de jeu, son cadre général doit être stable afin que les séances soient vécues dans la sécurité et permettent le lâcher-prise. Cette stabilité globale du cadre n'empêche pas que sa géométrie soit variable et les règles d'échange adaptables (Delourme A. 2003)³.

On constate donc que ces points essentiels à une prise en charge (au sens psychanalytique du terme) ne peuvent être respectés dans le cadre d'un travail au CADA. Trop d'éléments indépendants de notre maîtrise interviennent.

³ Delourme A., « La souplesse du cadre », *Gestalt* 2003/2 (no 25), p. 29-47.

III. Les institutions, le cadre

Depuis Juin 2017, la situation au sein du CH dont je dépends s'est particulièrement dégradée, mettant à mal le personnel soignant déjà malmené, au sens large.

Les changements qui affectent l'EMPP sont les suivants : départ de notre cadre de santé qui représente le seul point liant avec la hiérarchie ; départ qui devait se faire en Septembre et qui a été plus rapide suite à une chute ayant entraîné un arrêt maladie sur tout l'été.

La directrice de l'hôpital a décidé de quitter le CH, estimant dans un courrier adressé à tous les salariés qu'elle ne dispose pas des moyens nécessaires pour rétablir le bilan financier de l'hôpital. Le directeur des ressources humaines quitte lui aussi l'établissement en Septembre, et enfin, ma collègue psychologue avec qui je partage le temps plein annonce son départ au 1^{er} Octobre pour d'autres horizons professionnels.

Je suis donc à ces veilles de vacances, plongée dans une difficulté, à la recherche d'un cadre professionnel déjà largement fissuré. Je prends alors la pleine mesure de l'importance d'un cadre institutionnel que je puisse transporter dans mes VAD, et notamment au CADA. Ce cadre n'existe plus.

C'est ce que P. Roman⁴ (2011) nomme « la figure du délogement ». Il s'agit pour les professionnels de porter en soi le cadre de l'institution pour d'aller à la rencontre de l'autre. La spécificité d'une pratique hors les murs telle que je la pratique au sein de l'équipe, implique de porter en moi/avec moi le cadre de l'institution. Le tout dans une institution elle-même en pleine expansion, mutation (le CADA), faite d'un assemblage d'individu ou le maillage se fait difficilement.

Intervenir au domicile, puisqu'il s'agit de cela au CADA (nous allons au domicile des personnes elles-mêmes vivant en communauté dans une institution), fait non seulement appel à notre cadre interne mais renvoie aussi à un « statut paradoxal du domicile : à la fois espace d'intimité et

⁴ ROMAN P. La figure du délogement : vers une métapsychologie des pratiques de soin à domicile. Dialogue 2011/2 (n°192), p. 31-41.

lieu de l'action publique, à la fois espace de vie et espace professionnel » (E. Djaoui, 2011)⁵. Le domicile accueille et met en scène toutes les manifestations de l'intime. Il est normalement le lieu privilégié du prendre soin de soi et des autres, parfois étayé par un entourage familial ou des proches. Quand le domicile n'offre plus ou pas les conditions nécessaires au « prendre soin » (vulnérabilité, précarité, pathologie, violences), des compétences extérieures sont mobilisées. Les acteurs de l'espace public envahissent alors l'espace intime. Le lieu de vie devient territoire professionnel, comme au CADA. Cet envahissement est généralement bien vécu puisque le professionnel intervient en vue d'améliorer le quotidien défaillant à certains endroits.

Du côté du professionnel, la prise en charge au domicile est parfois teintée d'insécurité ; elle est une rencontre avec l'autre dans un lieu étranger, la distance entre les 2 partenaires se réduit au fur et à mesure du temps, l'écoute, l'observation des conditions de vie concrètes souvent difficiles peuvent agresser l'intervenant. Dans son service, il se sent normalement protégé par l'institution, l'organisation du service, les locaux familiers, la présence de l'équipe.

D'où l'importance de la figure du délogement, qui permet au professionnels de se sentir en sécurité au domicile, et de se sentir porté par un cadre thérapeutique en interne.

En tant que psychologue, intervenir au CADA, nécessiterai donc déjà de pouvoir transporter mon cadre interne de travail au domicile. Ceci afin d'être disponible sereinement pour entendre la souffrance de l'autre. Ce qui pour l'heure est compliqué au vu des changements récents et du fonctionnement déjà plus horizontal que vertical du service de psychiatrie en général. Si j'espère pouvoir retrouver du cadre au sein de l'institution accueillante, je m'aperçois vite que cela n'est pas possible : je suis trop happée, il y a trop de dispersion et pas de pièce fixe.

Il y a l'impossibilité d'une sphère intime, un écart entre mes missions et ma pratique. L'EMPP est une tentative d'accordage entre 2 institutions, avec une construction d'un cadre qui paraît compliqué entre 2 institutions qui n'ont pas ou peu de cadre interne. Il y a clairement un large écart entre le texte de P. Roman et ma pratique.

⁵ Djaoui E. « Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime », *Dialogue* 2011/2 (n° 192), p. 7-18.

Au fur et à mesure de mon intervention au CADA, et donc au fur et à mesure des années, le CADA a évolué, l'équipe s'est fortement développée et à grande vitesse. Cette rapidité de croissance n'a sans doute pas permis à l'équipe sociale de tisser du lien en intra, outre les temps informels dans la salle de pause.

On y est comme dans une ruche en perpétuelle ébullition, les usagers sont sans cesse devant les portes pour faire des demandes administratives, médicales, scolaires.

CONCLUSION

Pour atteindre un objectif psychothérapeutique sain, il faut s'appuyer sur un dispositif : le cadre.

Anzieu D. (1985)⁶ l'a comparé à un « contenant maternel » : dans cette enveloppe protectrice, élaborée et garantie par le thérapeute qui a, dans ses termes, le rôle « d'une seconde peau psychique, les pensées du sujet peuvent se déployer » et l'excitation, qu'elle soit d'origine interne ou externe, est limitée dans ses effets désorganisateurs (M. Martin, 2001)⁷.

Dans le cadre de ma pratique, la contenance n'existe pas ou peu sur l'EMPP ou le CADA. On serait alors à même de penser que la prise en charge thérapeutique ne devrait pas pouvoir se faire.

Or ce sont là mes missions : prendre soin des personnes en situations de précarité et de souffrance, prendre soin de personnes qui n'ont rien demandé si ce n'est fuir un pays où leur vie est en danger (guerre, vendetta familiale, maltraitance physique).

Il va donc s'agir de « bricoler » un lieu de soin, un lieu d'écoute où les pensées psychique de l'usager ne pourront pas se déployer mais où être là, pour eux, est déjà suffisant dans ce contexte particulier qu'est la demande d'asile.

Je me suis souvent demandé si l'attitude distante, si le décalage ressenti entre moi et eux était en lien avec leur culture, de même que les effusions physiques de type embrassades. Au regard du travail effectué cette année pour mon mémoire et des cours qui nous ont été donné tout au long du cursus, je peux affirmer qu'il y a d'autres éléments que ceux culturels pour répondre aux hypothèses. La question de la culture serait à développer.

⁶ ANZIEU D. *Le moi peau*. (Paris), Dunod ; 1955.

⁷ MARTIN M., « Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. (Du cadre analytique au pacte) », *Cahiers de psychologie clinique* 2001/2 (n° 17), p. 103-120.

Il s'agit là d'un cadre de rencontre qui ne permet tout simplement pas à l'utilisateur d'être suffisamment en confiance pour laisser émerger une prémisse de thérapie. Et je ne suis pas moi-même suffisamment disponible psychologiquement, car non contenue, non « enveloppée » pour reprendre les termes d'Anzieu, pour permettre la confiance nécessaire à l'échange intime.

La thérapie individuelle au CADA est impossible, la psychothérapie institutionnelle le serait davantage. L'équipe sociale peut bénéficier d'une APP au sein de la structure mère. Notre équipe de son côté demande à la hiérarchie une APP qui lui est pour le moment refusée.

Comment penser l'intervention d'un psychologue au sein d'un CADA dans ce contexte ?

Ce mémoire m'aura sincèrement permis de me positionner de manière plus sécurisée sur mes interventions et d'accepter plus facilement que le travail de thérapie est impossible dans ces conditions de travail, que ma place est alors peut-être davantage dans un élément liant entre les usagers et l'équipe. Un soutien aux demandeurs d'asile, un point de repère tant pour l'équipe que les usagers.

Le cada est source de multiples « mémoires » possibles tant pour ce qui s'y passe au niveau institution qu'au niveau des résidents. Il serait intéressant de réfléchir sur la temporalité du demandeur d'asile, de réfléchir sur comment l'équipe peut faire face à ses récits de violences et quels sont les impacts sur leur vie psychique et personnelle.

Travailler au CAD est une expérience riche en relations humaines, tant sur le plan professionnel qu'institutionnel. Et malgré les difficultés rencontrées, malgré cette sensation récurrente de ne « pas faire grand-chose », pour rien au monde je ne laisserai ma place à un autre psychologue.

BIBLIOGRAPHIE

Arborio Anne. Marie et Fournier Pierre. *L'observation directe*. (Paris). Nathan, 2011.

Ciccone Abert. *Enveloppe psychique et fonction contenantante : modèles et pratiques*. Cahiers de psychologie clinique, 2001/2 (n°17), p. 81-102.

Delourme Alain, *La souplesse du cadre*, Gestalt 2003/2 (no 25), p. 29-47.

Djaoui Elian, *Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime*, Dialogue 2011/2 (n°192), p. 7-18.

Freud Sigmund, *Trois essais sur la théorie sexuelle. 1905-1924*. Flammarion ; 2011.

Rozenberg Gaele et al. *L'histoire d'Alice ou l'enfant qui devrait être ailleurs*, L'information psychiatrique 2015/3 (volume 91), p.271-276.

Martin Michel, *Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. (Du cadre analytique au pacte)*, Cahiers de psychologie clinique 2001/2 (n° 17), p. 103-120.

Nemes Livia. *Importance de la théorie de l'agrippement dans la psychologie du développement et dans la psychothérapie d'enfant*, Le Coq-héron 2007/1 (n° 188), p. 73-79.

Roman Pascal. *La figure du délogement : vers une métapsychologie des pratiques de soin à domicile*. Dialogue 2011 ; 192 : 31-41.

Roussillon René. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Masson, 2007.



A la recherche du cadre perdu : errance d'une psychologue en CADA.

Mots clés : CADA – Cadre de travail - Agrippement

Il va s'agir dans ce mémoire de s'extraire d'une position classique de psychologue travaillant en CMP pour trouver du sens à une pratique hors norme en CADA.

Je travaille dans une Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité où le cadre est flottant, où il est demandé une énergie importante pour donner du sens à mon travail.

Alors comment être psychologue dans un CADA où les repères sont là aussi flottant, avec un public sans cesse sur le départ.

Mémoire du Diplôme Inter Universitaire « Santé, Société, Migration »

Rédigé sous la direction de Roman Pétrouchine

Année 2016-2017