

Diplôme Inter - Universitaire
SANTE, SOCIETE, MIGRATION

L'ACCES AUX SOINS PSYCHIQUES DES MIGRANTS

AU SEIN D'UN CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

**Comment pratiquer le travail social
en contexte d'incertitudes ?**

Audrey BRETON
Assistante de service social
Juillet 2015

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
I. PARCOURS DE SOINS : Chocs et violences des rencontres avec les migrants	8
<u>1° L'accueil du public migrant en C.M.P</u>	9
* <i>Le Centre Médico-Psychologique</i>	9
* <i>Le dispositif d'accueil du public</i>	9
* <i>Le rôle de l'Assistant de service social en psychiatrie de secteur</i>	11
<u>2° Rencontres avec les migrants ; entre flou, violences et réaménagements</u>	12
* <i>La domiciliation comme frein à l'accès aux soins ?</i>	12
* <i>Les limites et incompréhensions institutionnelles</i>	12
* <i>La place des soignants ; entre accueil, réaménagement, violence et recherche d'identité ?</i>	13
II. PARCOURS DE MIGRATIONS	15
<u>1° Mr M. demandeur d'asile; à la recherche d'une intégration ?</u>	16
* <i>Histoire de Mr M.</i>	16
* <i>Parcours de migration</i>	16
* <i>Itinéraire de soins</i>	17
* <i>La rencontre avec Mr M.</i>	18
* <i>Constats et réflexions</i>	19
<u>2° Rencontre avec Mr D ; Parcours d'exilé comme construction d'identité ?</u>	21
* <i>Histoire de Mr D.</i>	21
* <i>Itinéraire d'exil</i>	21
* <i>Parcours de soins</i>	22
* <i>Rencontre avec Mr D.</i>	23
* <i>Constats et réflexions</i>	25
III. L'ACCES AUX SOINS DES MIGRANTS :	
Comment travailler en contexte d'incertitudes	27
<u>1° L'accompagnement aux soins : une question récurrente, celle du temps</u>	28
* <i>Le temps de l'asile / le temps du demandeur d'asile</i>	28
* <i>Contraste entre « temps psychique » et « temps social »</i>	30
* <i>Le temps de l'action publique</i>	30
* <i>Impact et enjeux des différentes temporalités</i>	30
<u>2° Quels outils pour travailler dans un contexte d'incertitude ?</u>	31
* <i>La relation d'aide ; espace d'enjeux identitaires réciproques</i>	31
* <i>L'importance des réunions d'équipe et du travail institutionnel</i>	32
* <i>Le rôle et la responsabilité de l'institution</i>	33
* <i>Une pratique quotidienne d'accompagnement de "Bricolage"</i>	35
* <i>Le travail de réseau</i>	36
* <i>La place de l'assistante de service social</i>	36
CONCLUSION	39
Bibliographie.....	42
Annexe 1.....	44
Annexe 2.....	45

INTRODUCTION

La santé des migrants en France

Aujourd'hui en France, les conséquences de la crise économique sur la santé et l'accès aux soins sont prégnantes. Les inégalités sociales de santé s'accroissent chez les plus démunis. À cela s'ajoutent des réponses publiques souvent plus sécuritaires que sociales, notamment envers les populations en grande précarité tels que les personnes migrantes. Ces personnes accèdent de plus en plus difficilement au système de soins, avec pour conséquence une détérioration de leur état de santé.

L'observatoire de l'Accès aux Soins de la Mission France (Association Médecin du Monde) a rendu une synthèse en octobre 2013 qui met en évidence qu'en 2012, plus de 30 500 personnes ont été accueillies dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO). Dans ces consultations, les médecins constatent que 43 % des personnes recourent trop tardivement aux soins et que 22 % ont renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois de leur séjour. L'activité globale de ces CASO ne cesse d'augmenter, et pourtant ne représente qu'une partie des lieux de soins existants en France.

L'étude menée par l'INVS¹ sur la santé des migrants en France fait état des différentes facettes de la vulnérabilité des populations migrantes dont la situation particulièrement exposée des femmes migrantes, avec les risques périnataux, ou l'importance des pathologies mentales, et notamment des psycho-traumatismes parmi les patients migrants accueillis dans les centres de soins de santé mentale.

Mais qu'en est-il réellement de l'accès aux soins psychiques pour les personnes migrantes en France aujourd'hui ?

L'accès aux soins des migrants dans un CMP

Le travail de réflexion que j'ai souhaité mener à travers cet écrit est issu directement de ma pratique professionnelle en tant qu'assistante de service social en service de soins psychiatriques pour adultes. J'exerce au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP). Ce service accueille et propose des soins psychiques à tout citoyen de l'arrondissement sur lequel il est implanté. Aujourd'hui, de nombreux étrangers, migrants, dont des personnes demandeurs d'asile, dans l'attente de régularisation, ou des personnes aux statuts d'étrangers malades, sollicitent par eux même et/ou sont orientés auprès des services de soins psychiatriques de secteur.

1

INVS : Institut de Veille Sanitaire

Pour autant, il est très difficile à ce jour pour ce service, d'accueillir ces nouvelles populations en situations très précaires. Ce public est considéré comme atypique, imperceptible et minoritaire, invisible, voir non « palpable », au sein du service. Nombreuses situations de demandeurs d'asile nous sont aussi difficiles à appréhender, de part leurs problématiques multiples, exceptionnelles, et différentes.

J'ai pu constater que ces situations amènent les professionnels de l'équipe du CMP, à adapter leur cadre de travail, voire même à dépasser leur fonction. Elles déstabilisent notre fonctionnement institutionnel, nous amènent aussi à éprouver divers sentiments difficiles, et nous poussent donc à nous interroger sur notre identité professionnelle.

Les difficultés à accompagner aux soins les personnes migrantes sont à l'origine de mon souhait d'affiner mes connaissances sur la prise en charge et les problématiques d'accompagnement de ce public en assistant à la formation du DIU Santé-Société-Migration. Ces situations « *d'accueil paradoxale* » rencontrées dans le cadre de mes fonctions ainsi que la formation m'ont amenée à formuler mes questionnements suivants :

En qualité d'assistante de service social d'un service public de soin psychiatrique, comment puis-je accueillir la souffrance, la vulnérabilité de ces personnes migrantes (*demandeurs d'asile, étrangers malades, réfugiés politiques, etc...*) ?

Comment puis-je les accompagner vers une démarche de soins psychiques et dans leur contexte de vie précaire ?

Comment accompagner ces personnes migrantes dans leur parcours d'intégration et leur construction identitaire ?

Méthodologie

Afin de mener à bien cette réflexion, je me suis basée sur mes diverses expériences professionnelles. Je développerai deux situations cliniques issues de ma pratique récente d'assistante de service social en CMP.

J'utiliserai les concepts et raisonnements abordés lors de la formation du DIU sur l'interculturalité, les parcours migratoires, la rencontre de l'Altérité, la vulnérabilité professionnelle, les représentations et postures professionnelles, ou encore sur le travail en réseau.

Concernant mon cheminement avant l'écriture de ce mémoire, j'ai cherché à comprendre comment s'articule le temps de l'asile du migrant avec le temps de la prise du soin. J'ai commencé par une recherche générale sur la notion de temps et sa perception.

En effet, présent, passé et futur s'imposent, se mêlent et s'interpellent souvent au cours de leur accompagnement et dans leur récit. Je me suis intéressée à « leurs » temporalités paradoxantes et paradoxales (au sens de non conventionnelle), aux temps suspendus lorsque rien ne se passe ou lorsqu'un patient «disparaît».

L'apport théorique de ce mémoire est complété par des lectures d'ouvrages et d'articles sociologiques et anthropologiques mais aussi de la psychologie sociale et du travail social.

Ce travail de recherche s'articule en trois temps : dans une première partie, je présente le contexte de ce travail, décrivant le cadre et la réalité de mon activité. Je décris les difficultés et limites rencontrées par l'équipe et moi-même dans l'accueil et l'accompagnement aux soins des personnes migrantes en CMP (*ce qui nous amènent à vivre des situations et accompagnements flous, faisant ressentir de la violence, de l'incertitude et demandant sans cesse des réaménagements dans nos pratiques*).

Dans une seconde partie, je décris deux situations cliniques, celle d'un patient demandeur d'asile, et l'autre concernant un patient dans l'attente du renouvellement de son titre de séjour pour étranger malade. Ces deux situations, rencontrées au début de la formation du DIU, illustrent mes constats et réflexions posées dans cet écrit.

Enfin dans la troisième, je tenterai d'analyser l'influence du facteur temps comme vecteur spécifique dans l'accompagnement aux soins pour les personnes migrantes. Je tenterai également de trouver des pistes pour savoir comment travailler dans un contexte d'incertitude en tant qu'assistante de service social en CMP.

I. PARCOURS DE SOINS

Chocs et violences des rencontres avec les migrants

1° L'accueil du public migrant en C.M.P

*** Le Centre Médico-Psychologique**

Le Centre Médico-Psychologique (CMP) est un des dispositifs centraux de soin de la psychiatrie publique de secteur. Il a pour mission d'accueillir gratuitement toutes les personnes adultes en souffrance psychique habitants son secteur.

Le principe fondamental de la psychiatrie de secteur est alors le refus de la ségrégation du malade mental. Cela implique aussi une volonté politique d'intégration, de maintien ou de réintégration du patient dans son milieu familial et social. La circulaire du 15 mars 1960² est le texte originel relatif à la sectorisation jusqu'en 1985. Il s'agissait alors de créer un dispositif adapté et efficace de proximité.

L'équipe de professionnels du CMP est pluridisciplinaire et se compose de médecins psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, de cadre de santé, d'assistant de service social, de secrétaires médicales, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens. Ce centre de soins propose des consultations, des visites à domicile ou encore des soins infirmiers. Les soins dispensés par un CMP sont entièrement pris en charge par la sécurité sociale.

*** Le dispositif d'accueil du public**

Ces derniers mois, le CMP s'est retrouvé en difficulté pour répondre à toutes les nouvelles demandes de soins, ainsi que pour les réorienter sur l'extérieur. Le CMP a alors suspendu l'accueil de nouvelles demandes pendant plusieurs mois, pour retravailler un nouveau dispositif d'accueil³. Ce dispositif d'accueil est effectif depuis à peine une année lors de la rédaction de cet écrit.

Toute personne adulte habitante le secteur depuis plus de quatre mois peut se présenter physiquement au CMP et/ou le contacter par téléphone pour formuler une demande de soin. Les secrétaires du CMP vérifient si la personne fait bien partie du secteur, dans le cadre des règles de référence sectorielle décidée et appliquée par les 3 hôpitaux psychiatriques du département⁴. Elles informent également la personne demandeuse que le CMP prend place dans un réseau de soin, que le service travaille en lien avec les médecins généralistes et psychiatres libéraux et qu'il est alors nécessaire d'avoir un courrier du médecin traitant accompagnant sa demande.

2

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

3

Schéma dispositif des nouvelles demandes en annexe 1.

4

Règle de référence sectorielle mise en vigueur depuis février 2009. Annexe 2.

Dans le cas d'une personne n'ayant pas encore de médecin traitant (ou médecin référent hors région), ou ne souhaitant pas que celui-ci soit informé de sa demande de soin auprès du CMP : la demande est prise en compte en soulignant que la question du médecin référent sera à rediscuter. Enfin les secrétaires recueillent les premières informations administratives, civiles et sociales (*adresse, téléphone, âge, N° CPAM, copie carte d'identité...*) ainsi que la demande de la personne. Par la suite, une infirmière est chargée de joindre par téléphone la personne dans les jours suivants sur un créneau horaire qui lui conviendra. (*Si la personne n'a pas de téléphone, un entretien physique lui sera proposé*). Ce premier entretien téléphonique se fait donc à distance du 1^{er} contact (*physique ou téléphonique*), et à un horaire et une date concertés avec le nouveau consultant. A l'occasion de cet échange téléphonique, la personne pourra exposer sa demande, ses besoins, sa situation et son contexte. Cet entretien téléphonique a pour but de recueillir autant d'éléments cliniques et contextuels que possible sur la demande.

Ce premier échange peut, si nécessaire, aboutir d'emblée à une réorientation vers un partenaire du réseau si cela paraît clairement approprié au professionnel réalisant l'entretien. La restitution de cet entretien infirmier est faite à l'ensemble de l'équipe du CMP lors d'une réunion hebdomadaire intitulée «**Nouvelle Demande**». A cette instance participent tous les corps professionnels de l'équipe.

A chaque présentation, une réflexion d'équipe est menée pour étudier la situation clinique et sociale afin d'apporter une réponse la plus adaptée possible. Dans le cas où la situation reste à préciser, il est alors proposé à la personne un entretien par un binôme nommé «**Binôme d'évaluation et d'orientation**». (*Binômes médecin-infirmier, psychologue-infirmier, assistant de service social-infirmier, médecin-psychologue, etc.*) Cet entretien d'évaluation plus approfondi permet d'adapter la proposition et le cadre de soin proposé en équipe.

Si la situation de la personne ne relève pas d'un suivi au CMP ou si sa demande peut être traitée de manière plus adaptée et dans de meilleurs délais sur un autre service, dans ce cas une proposition de réorientation est faite sur un autre service extérieur types associations, cliniques, hôpitaux, consultation libérale etc..

Lors de cette réunion «*Nouvelle Demande*» sont aussi examinées les situations nommées «*relai de soins*», c'est-à-dire des situations adressées directement par un service de soins (*unités d'entrée du secteur, les services d'urgences, les PASS⁵ etc.*) et des signalements des partenaires du réseaux (*commissariat, psy-mobile, Maison du Rhône, etc.*). Ces cas précis ne repassent pas par toutes les étapes du dispositif d'accueil. Les deux situations mobilisées dans cet écrit font partie de ces relais de soins.

5

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

** Le rôle de l'Assistant de service social en psychiatrie de secteur*

L'assistant de service social a pour mission la prise en charge et traitement de la situation sociale du patient (*droits sociaux, revenus, etc.*) ainsi que du projet social (*réinsertion professionnelle, projet logement/hébergement, etc.*) en collaboration avec l'équipe pluri-professionnelle, pour les personnes bénéficiant de soins au CMP.

L'Assistant de service social travaille sur prescription médicale. Le patient bénéficie d'un accompagnement social dans le cadre du soin engagé avec l'équipe de soin.

Les missions de l'assistant de service social en extra hospitalier peuvent s'avérer spécifiques, comme décrites dans la circulaire de 1990 qui évoque la nécessité pour le secteur psychiatrique de «*se centrer sur les CMP afin d'offrir des soins de santé primaire près de la population, et de proposer une alternative à l'hospitalisation*» de «*développer les liens avec les autres praticiens de santé, les acteurs sociaux, les établissements médico-sociaux et la population* ».

Les missions de l'assistant de service social en psychiatrie se déclinent en 3 axes :

a) Une mission d'accompagnement auprès des patients et dans leur environnement, par l'évaluation et de la situation sociale, à travers un rôle d'écoute, d'informations, et /ou d'orientation. Mais aussi un travail d'accompagnement au long cours pour des patients présentant des pathologies lourdes et par conséquent qui ne peuvent relever ou solliciter le droit commun.

b) Une mission de travail institutionnel, dont la participation à toutes réunions du service (*réunions d'équipe, réunion clinique et réunion institutionnelle*) ainsi qu'aux groupes de travail et synthèses cliniques avec les autres services. Mais aussi par la contribution au projet de service et au projet de pôle (*démarche qualité, accréditation, Copil médico-social, etc.*)

c) Une mission de partenariat qui se décline aussi bien en «interne» à l'institution (*travail de liaison avec les équipes médicales, paramédicales, sociales des différents secteurs du pôle d'intervention dépendant de l'institution*) ainsi qu'avec l'environnement extérieur (*travail de liaison avec les différents acteurs sociaux, médico-sociaux, libéraux et associatifs, existant sur le secteur*).

Dans le nouveau dispositif d'accueil du CMP, il est à noter que l'assistant de service social n'intervient donc pas en 1er accueil direct. Mais lors des réunions «*Nouvelle Demande*» où elle apporte des compléments d'informations pour un diagnostic social et ces connaissances du réseau pour travailler la réorientation. Par ailleurs, l'assistant de service social peut participer aux entretiens d'évaluation effectués en binôme.

2° Rencontres avec les migrants ; entre flou, violences et réaménagements

Il s'agit ici de faire état des réalités de terrain face au public migrant en CMP. Mais aussi des limites, freins, difficultés rencontrées durant ma pratique, et de s'interroger sur la fonction d'accueil de l'institution et d'accompagnement aux soins de ces populations migrantes.

*** La domiciliation comme frein à l'accès aux soins ?**

Les publics dits précaires (*précaires au sens d'un public sans habitat fixe, ayant pour seule domiciliation une boîte postale au sein d'un organisme social ou d'une association*), ne sont pas considérés comme habitant du secteur (*Conformément à la règle sectorielle de février 2009*) par les trois établissements psychiatriques du département.

D'autre part, il est pris en compte comme domicile valide une résidence d'une durée de quatre mois minimum sur le secteur.

De fait, les personnes demandeurs d'asile hébergées dans les centres de transit pour réfugiés, comme celui implanté sur notre secteur d'intervention, ne peuvent pas être accueillies comme tout public et ne peuvent donc pas engager un soin sur le CMP du secteur, et cela malgré leur domiciliation jointe à leur hébergement transitoire.

L'adresse, autrement dit la domiciliation reste pourtant une forme importante voire primordiale de ressources administratives sur laquelle les professionnels, les travailleurs sociaux surtout, se reposent pour être en lien. La domiciliation peut s'avérer être un « *point d'ancrage* », permettant d'une certaine manière et par divers accompagnements et liens, d'ancrer la personne (demandeuse d'asile).

La domiciliation ferait elle partie de la construction de l'identité ?

*** Les limites et incompréhensions institutionnelles**

Le CMP éprouve des difficultés importantes à pouvoir répondre à toutes les demandes de la population du secteur. Le service souffre régulièrement d'une pénurie de médecins psychiatres. L'État français ne propose aucune politique de recrutement de postes en psychiatrie publique, alors que les équipes de soins se démènent pour répondre aux demandes, créer des réseaux, travailler avec les élus, éviter les hospitalisations sous contrainte... « *Au moment où finalement des choses passionnantes sont mises en place, la profession semble s'éteindre doucement, sans vision claire pour l'avenir.*⁶ ». L'Etat fait appel régulièrement à des professionnels étrangers, notamment d'Europe de l'Est et du Maghreb, dont nous pouvons déplorer le statut qui ne pérennise pas leur installation en France.

6

Article du LIEN SOCIAL ; Actualité sociale Autrement. Interview de Jean FURTOS. Le CMP, dispositif central de la psychiatrie de secteur. N° 820 | du 7 décembre 2006

La psychiatrie et donc tous ses services souffrent aussi d'une réorganisation institutionnelle intense dans le cadre de la Loi HPST⁷ : la répartition des services de soins de secteur sur des pôles (*des regroupements de secteurs en un nouveau secteur plus vaste et géographiquement plus grand*), donc dans un mouvement opposé aux fondamentaux d'un service de soin de proximité au plus près des habitants. Aujourd'hui les institutions évoluent considérablement, mais avec le risque de perdre des valeurs institutionnelles.

En parallèle il faut noter la tendance politique qui consiste à financer et mettre en place des équipes mobiles spécialisées, constituées d'infirmiers, de psychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux jouant un rôle d'interface entre les personnes en grande précarité et les structures de soins de secteur plus classique (*Exemple ; EMPP⁸, PASS⁹*).

Par nature, les personnes en errance comme les populations migrantes en situation précaire, vivront un moment sur un secteur et quelques mois plus tard sur un autre ; elles fréquentent donc rarement un CMP sur le long terme. Et nous avons pu le voir précédemment qu'à travers la question de la domiciliation, les difficultés de l'accès aux soins et du maintien du lien sont certaines.

De plus, les équipes de soins ne sont pas nombreuses à être formées aux spécificités des prises en charge des populations migrantes. Ces connaissances font appel aux concepts de psychiatrie humaniste, à la psychologie interculturelle, et aux techniques du travail avec interprète. Ces thèmes de société ne sont que rarement abordés auprès des équipes soignantes.

*** La place des soignants ; entre accueil, réaménagement, violence et recherche d'identité ?**

J'ai pu constaté à travers les deux situations cliniques développées, que le migrant précaire, fait « exploser » le cadre institutionnel, clinique, m'amenant aussi à modifier ma pratique d'intervention et à m'interroger sur ma mission d'accompagnement.

Ce réaménagement m'a conduit à adopter des postures professionnelles faites de contradictions et de paradoxes. Comme parfois avec une certaine attitude de rejet de ces situations, pendant ces moments où l'on pense qu'un autre lieu d'accueil et d'accompagnement, différents que le lieu où j'exerce, du CMP, serait plus efficient.

7

Hôpital Patient Santé et Territoire. [LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#)

8

EMPP : Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité

9

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

En imaginant qu'une sorte de centre de soins plus spécialisés serait une forme de soins davantage adaptés. Cependant cette posture va à l'opposé d'une démarche d'accueil de service public pour toute population y compris les populations migrantes et précaires.

La place du professionnel est alors moins évidente et se négocie sans doute à travers chaque situation, que ce soit dans le soin ou en institution. Le professionnel sous tension est obligé constamment de prendre une décision, de se positionner, dans l'obligation d'agir ou de rendre compte. Le fait d'avoir une sorte de savoir oblige à réagir et amène à une responsabilité. Pour autant il est toujours difficile de savoir ce qui est la norme du «*bien*», de connaître la «*bonne solution*» pour autrui.

Par ailleurs, la violence vécue à travers ces situations de grandes précarités marque aussi les limites du champ d'action du professionnel. Son rôle est au préalable d'écouter cette souffrance déposée par le patient migrant, pour essayer de se sentir en sécurité, et aussi mettre un sens psychique à cette détresse. Mais le professionnel se voit aussi à accueillir parfois, le refus du droit d'asile de la personne comme absence de reconnaissance de la souffrance et de la violence subie par celle-ci. Donc d'accueillir une personne pour qui sa propre réalité est annulée ; l'annulation du réel de l'exilé.

En outre, il est important de préciser à nouveau que pour pouvoir réfléchir et mettre un sens à cette souffrance, il faut d'abord permettre au patient migrant de ressentir les choses comme un sujet, ce qui suppose donc d'être reconnu comme un être humain par l'autre, par le professionnel. Mais comment être reconnu par l'autre (par le professionnel) lorsque l'on ne se reconnaît pas soi-même ? Comment être reconnu étranger malade alors qu'on ne se reconnaît pas soi-même malade ?

De même l'attribution de ce titre de séjour « *d'étranger malade* » peut aussi rendre fou et a donc un aspect très violent suscitée par notre société. Pour un titre d'étranger malade, la société reconnaît l'impossibilité de retour aux pays d'origine, même si les violences politiques existantes dans ce pays d'origine ne sont pas reconnues comme telles. Selon le corps médical, l'identité psychique du migrant peut aussi se créer autour de cette reconnaissance de ce statut d'étranger malade ; cette réalité pourrait permettre au patient de sortir de la situation de crise et de précarité. Cette réalité « administrative » deviendrait alors comme un passage utile, permettant de dépasser les angoisses, en retrouvant de la subjectivité ?

Le professionnel soignant apporterait donc cet étayage sécurisant par son accompagnement et sa relation de confiance et de lien, en reconnaissant l'autre comme sujet. Néanmoins, nous avons vu précédemment que cet accompagnement contradictoire met à mal le professionnel, suscitant le flou et des difficultés à travailler en contexte d'incertitude.

II. PARCOURS DE MIGRATIONS

Nous développons dans cette seconde partie, deux situations cliniques à la source de cette notre réflexion. Les éléments indiqués dans ces situations sont issus des entretiens avec les patients, des échanges entre professionnels au sein de l'équipe du CMP, des échanges avec les partenaires extérieurs (*traducteur, avocat, CCAS, diverses associations etc...*) et d'une lecture d'informations recueillies dans le dossier informatique du patient (*dossier qui retrace tout le parcours de soin du patient depuis son arrivée sur le secteur*).

1° Mr M. demandeur d'asile; à la recherche d'une intégration ?

**** Histoire de Mr M.***

Mr M. est âgé à ce jour de 41 ans. Il est de nationalité algérienne. Il est né dans le nord de l'Algérie. Il est issu d'une fratrie de 6 enfants. Sa fratrie et ses parents vivent en Algérie. Ses parents sont retraités (père ancien gendarme et mère au foyer).

Il raconte son parcours scolaire, ses difficultés au lycée qu'il met en lien avec ses troubles de la mémoire *«je ne garde pas les informations»*. Mr M. travaillait au pays comme transporteur de marchandises principalement sur des longues distances entre la capitale et la province. Il rapporte avoir été menacé de mort à plusieurs reprises avec arme et avoir été agressé physiquement s'il ne donnait pas sa marchandise ou s'il ne coopérait pas avec ces agresseurs. Il évoque son propre repli *«je ne pouvais plus sortir de chez moi pendant plusieurs jours»*. Mr M. serait venu en France pour fuir cette situation d'insécurité.

Mr M. est marié et père de deux enfants, un garçon âgé de huit ans et une fille de cinq ans. Mr M. s'exprime plutôt bien en français.

**** Parcours de migration***

Mr M. serait arrivé en France courant 2013. Il a déposé sa demande d'asile en date du 27/09/2013 à la préfecture du Rhône. Il a de suite effectué une demande de domiciliation auprès de l'association FORUM REFUGIE. Il bénéficie d'un accompagnement administratif et social via les travailleurs sociaux de cette association. Mr M. bénéficie de l'ATA (Allocation Temporaire d'Asile). Mr M. a également fait une demande d'hébergement en CADA¹⁰, mais il n'a pas encore obtenu de place. Il vit depuis dans un squat avec sa famille, pour lequel une procédure d'expulsion a été lancée le 25 mars dernier. Sa femme et les enfants seraient arrivés courant de l'année 2014 pour le rejoindre. Sa conjointe est connue administrativement sur un autre nom, à savoir son nom de jeune fille. Mais elle n'a pas déposé à ce jour de demande d'asile auprès de la préfecture. Mme n'a pas de

¹⁰

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

ressources. Les enfants du couple sont scolarisés dans une école primaire du secteur.

L'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA) a convoqué Monsieur en décembre 2013 et en septembre 2014 en audiences auxquelles il ne s'est pas rendu. Mr M. a fourni un certificat médical de son médecin traitant prescrivant des jours de repos, mais n'expliquant pas l'impossibilité pour lui de se déplacer pour se rendre aux convocations.

L'OFPRA a rendu le 30/09/2014 un refus à sa demande d'asile pour demande non fondée. Depuis cette décision, Mr M. a déposé un recours auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) en date du 22/10/2014. En attendant, il a comme seul papier un récépissé constatant le dépôt d'une demande d'asile ; récépissé valable durant 3 mois, pour le moment renouvelé et valable jusqu'au 02/05/2015. Par contre, il ne perçoit plus l'ATA et ne peut plus bénéficier de l'accompagnement des travailleurs sociaux de FORUM REFUGIE. Il a conservé la domiciliation au sein de cet organisme.

**** Itinéraire de soins***

Depuis son arrivée en France, Mr M. bénéficie d'une protection sociale via la CMU¹¹ de base et la CMU Complémentaire. Cette couverture prend en charge Monsieur et ses enfants; les droits sont valables jusqu'à fin septembre 2015.

La demande de soins pour le CMP date de mai 2014. Le patient est adressé en relais de soins par le médecin des urgences psychiatriques. Cette évaluation psychiatrique a été demandée par le médecin traitant du patient. En effet, ce médecin généraliste a orienté Monsieur sur les urgences psychiatriques, souhaitant avoir un avis de spécialiste, quant aux causes éventuellement d'origines psychiques qui engendraient des manifestations et troubles organiques et somatiques importantes chez le patient, et compte tenu de tous les examens somatiques préalablement effectués et n'ayant rien démontré.

Conformément à la procédure d'accueil au CMP, la situation de Mr M. a été évoquée lors de la réunion « *nouvelles demandes* ». Au vue des éléments transmis dans ce relais de soin, il a été proposé un suivi d'ordre médical. L'orientation vers un autre psychiatre en relais de soins s'effectue dans des délais plus courts que pour une nouvelle demande lambda sans soins engagés sur l'extérieur, qui requiert plusieurs mois d'attente pour obtenir un créneau de consultation médicale libre. Mr M. a obtenu une consultation médicale mi juin 2014 soit un mois et demi après sa demande. Le médecin psychiatre lui proposera des consultations mensuelles. Il faudra trois consultations pour ajuster le traitement et permettre de soulager un peu le patient de ses troubles, selon ses dires.

¹¹

CMU : Couverture Maladie Universelle

En effet, Mr M. exprime avoir des Hallucinations Auditives et Visuelles (HAV) sous forme de voix qui prendraient des décisions à sa place. Ces HAV seraient présentes selon lui depuis plusieurs années. Il évoque des cauchemars réguliers le conduisant à des insomnies quotidiennes et des ruminations anxieuses. Mr montre les documents administratifs au médecin systématiquement lors des consultations. Par ailleurs, dès lors qu'il semble un peu plus soulagé sur le plan psychique, il demande au médecin de l'aide pour régulariser sa situation administrative et sociale. Le psychiatre propose ma présence d'assistante de service social lors de la prochaine consultation médicale.

*** *La rencontre avec Mr M.***

Début octobre 2014, je rencontre pour la première fois Mr M. lors de l'entretien médical, à la demande du psychiatre. L'objectif de l'entretien médico-social est donc de faire connaissance et de mieux comprendre sa réalité sociale dans le but de trouver d'éventuelles structures adaptées à sa situation et à ses besoins actuels. L'entretien est dirigé par le médecin et nous reprenons chronologiquement les faits quant au statut administratif, aux démarches de régularisation pour m'expliquer la situation.

Mr M. raconte brièvement les conditions de précarité qu'il rencontre en France. Il nous montre qu'il connaît le réseau et les structures associatives et de droit communs qu'il peut solliciter pour les besoins dits «primaires» (*se nourrir, se doucher, se vêtir etc...*). Durant cette rencontre qui durera environ une heure, le patient s'adresse par son regard et son attitude physique principalement au médecin. Mr M. ne formule pas de «réelles demandes sociales explicites» ni questions ou remarques. Il déverse beaucoup, pleure, dépose sa souffrance, évoque l'importance du traitement médicamenteux qui semble l'apaiser, fait part de ses angoisses et ressentis dans une temporalité du présent, à l'instant «T». Il ne nous sera pas possible d'aborder certains sujets avec lui, tels que les conditions de son exil et les modalités utilisées pour venir en France. Monsieur M. refuse de répondre à ces questions.

Le temps passant, nous sommes obligés de clore l'entretien, le psychiatre propose à Monsieur de revenir dans un mois pour un prochain entretien médico-social et de renouveler son ordonnance, ce que Mr M. accepte.

En amont du prochain entretien médico-social, et avec l'accord du patient, je fais le lien avec l'assistant de service social de FORUM REFUGIE. Cette dernière m'apprend que Mr M. n'est pas venu récupérer son courrier depuis plusieurs semaines, qu'il y a notamment des lettres avec l'entête de l'OFPRA, sans doute la réponse à sa demande d'asile. J'apprends également que la conjointe de Mr M. n'a déposé aucune demande d'asile. Ce qui nous interroge, car si chacun des membres du couple avait déposé sa demande d'asile, le couple avec enfants aurait été « prioritaires » pour obtenir un hébergement en CADA. Madame est donc venue sans aucun titre de séjour, et est donc sans papiers, et ne peut prétendre à rien. Après avoir recueilli ses informations, je contacte par

téléphone le patient et l'invite à se rendre à FORUM REFUGIE pour récupérer son courrier et faire le point avec cette association.

Une quinzaine de jours avant le second rendez-vous médico-social prévu, Mr M. se présente spontanément, ayant repéré le jour de consultations du médecin au CMP. Nous sommes tous deux présents ce jour, et convenons de le recevoir brièvement en entretien entre deux consultations.

Mr M. nous informe avoir reçu la réponse négative de l'OFPRA. Cette décision est notamment motivée par le fait que le patient ne s'est pas rendu aux convocations de cet organisme pour donner des explications orales à sa situation. Mr M. nous explique qu'il pensait que les certificats médicaux faits par son médecin traitant justifieraient de son absence, mais ces certificats médicaux, dont il nous remet la copie durant la conversation, ne justifient pas de l'impossibilité de ce Monsieur de se déplacer. Le patient demande au psychiatre d'en rédiger de nouveaux avec cette mention pour faire un recours à la décision, ce que refuse le collègue expliquant que sa demande ne lui semble pas justifiée pensant qu'il peut se déplacer seul ou accompagné. Par ailleurs, le psychiatre lui rappelle que ce n'est pas lui qui l'a reçu en consultation le jour où Mr M. avait rendez vous pour ses convocations et qu'il ne peut donc pas justifier de son incapacité psychique à se rendre sur Paris après l'instant « T ».

Il nous apparaît que Mr M. nous perçoit un peu comme « *des faiseurs de miracles* » et implore notre aide à ce niveau. Nous tentons d'expliquer nos limites quant à ce domaine. Nous lui proposons de nous mettre de nouveau en lien avec l'association FORUM REFUGIE, dans l'idée de voir avec elle quelle solution matérielle (*aide financière pour achat du billet du train ?...*) et quel mode d'accompagnement physique (*par un professionnel ou par son épouse ?...*) serait-il possible de mettre en place pour l'aider à se rendre à l'OFPRA.

Nous proposons un prochain entretien médico-social pour faire le point. Mr M. ne s'est depuis jamais représenté au rendez vous, ni même spontanément au CMP. Nous n'avons plus eu de nouvelles du patient malgré appels téléphoniques, propositions de rencontres et liens avec les partenaires qui eux aussi sont sans nouvelles.

**** Constats et réflexions***

Cette rencontre avec Mr M. a suscité beaucoup d'échanges au sein de notre équipe, et souvent avec le besoin à notre tour de "déverser". Nous, le collègue médecin et moi-même, avons ressentis un sentiment de dépassement et parfois de sidération. Nous étions aussi bien dépassés et sidérés par le caractère urgent, oppressant, "insécuritaire" de cette situation. Le médecin et moi-même avons fait l'hypothèse que la situation vécue par Mr M. en Algérie, fut tellement violente, qu'il fut lui-même et/ou lui aussi sans doute dépassé par celle-ci. Ne trouvant comme seule et

unique solution que l'exil, la fuite de ses origines.

Pourtant le risque est tout de même important pour Mr M., de se retrouver dans une autre forme de précarité en France et donc dans une forme d'errance. Le besoin ou la nécessité de fuir pour vivre, du moins pour ne pas mourir ? Besoin de se dépasser pour obtenir une sécurité et une identité ? Pourquoi se déraciner de ses origines pour préserver sa vie physique et psychique ? Et comment cet exil, ce déracinement, peut-il apporter chez Mr M. une reconnaissance voire une identité qui plus est avec un contexte d'insertion précaire en France ?

Nous oscillions entre mettre en place un dispositif de protection (*c'est à dire soutenir Mr M. dans toutes ses différentes démarches*) et un dispositif que l'on nommera plutôt d'activation de son autonomie, où nous attendions de Monsieur qu'il se mobilise pour effectuer les démarches par lui-même. Nous étions en « tension », qui nous a renvoyé à des incertitudes quant à la véracité des propos de Monsieur. De ma place d'assistante de service social en psychiatrie, j'étais dépassée par la complexité et les multifacettes de la précarité de cette situation.

Cette «sidération», ce «dépassement» et ces incertitudes nous ont amenée à ressentir une sorte d'«impuissance» professionnelle. Non pas espérant ou croyant être dans une posture de «toute puissance» (*comme l'illusion collective parfois portée par les patients que les professionnels auraient une baguette magique apportant toute solution à tout problème...*) mais plutôt un ressenti d'impuissance, ou du moins une difficulté à accueillir et à soutenir cette souffrance et la violence vécues par cet homme. N'ayant aucune solution dite «sociale» à proposer à ce patient pour l'aider, j'étais donc face à mon non savoir-faire pour accompagner cette personne et, qui plus est, face à une situation de «non demande» explicite de soins, et/ou d'asile, et/ou d'identité. Cette demande restait à être analysée.

Dans cette situation, le psychiatre m'a interpellée pour l'aider à répondre à la demande qu'il qualifie de «sociale»; demande pourtant non formulée explicitement par le patient lui-même. Par ailleurs, une fois le bilan fait sur le plan administratif et social, le patient continue de venir voir le médecin pour obtenir son traitement. Mais de quelle nature est alors la demande ou la non demande, réellement sociale, ou est-ce une demande de soins dissimulée? Et si c'est une demande de soin, de quel type de soin? Est-ce une demande seulement de certificat médical pour sa régularisation?

En qualité d'assistante de service social, comment puis-je accueillir, et soutenir cet homme dans sa souffrance ? Comment l'accompagner dans sa demande de recours de demande d'asile et dans son parcours d'intégration, dans sa quête de sécurité et d'identité ? Et même l'accompagner aux soins, si soins il y a besoin ? Plus généralement, comment accompagner cette personne migrante aux soins dans un contexte fait d'incertitudes ?

Nous tenterons de répondre à ces interrogations dans les parties suivantes de cet écrit.

2° Rencontre avec Mr D ; Parcours d'exilé comme construction d'identité ?

*** Histoire de Mr D.**

Mr D. est âgé de 62 ans. Mr se dit Tchétchène, mais la nationalité reste «indéterminée» par la France administrativement. Mr est issu de l'union d'une mère de nationalité Russe et d'un père Tchétchène qui vivaient dans l'enclave Tchétchène de Géorgie. Il est de religion chrétienne. Mr D. est allophone, il parle allemand et dit comprendre l'arménien. Il ne parle pas et ne comprend pas le français. Mr D. reste très ambivalent au sujet de l'apprentissage du Français; il souhaite apprendre le français mais a refusé régulièrement dans le passé de prendre des cours se disant trop vieux pour cela.

Mr D. a été marié, il est séparé de longue date, il décrit des « *persécutions de la part de sa femme* » qui l'a quitté pour un homme de formation officier de police. Il est père d'une fille et d'un garçon tous deux adultes, en activité et mariés. Mr D. est également grand père, sa fille ayant un garçon adolescent. Ses enfants vivent en Russie. Nous ne savons pas si Mr D. a des liens téléphoniques ou autres réguliers avec sa famille. Le patient décrit une enfance heureuse jusqu'à ses 14 ans, lorsque son père s'est fait incarcéré pour son activité de faux monnayeur. Mr D. était alors obligé d'aller travailler. Son adolescence aurait basculée dès l'âge de 16 ans ; le début d'une succession d'incarcérations. Il aurait entre autre purgé une peine de 5 ans en 1994 et de 2 ans en 2002, pour des raisons politiques. Mr D. exprime ses difficultés avec cet environnement carcéral par cet extrait « *qu'il voulait faire de moi une bête* ». Il évoque les mensonges, tromperies, différentes souffrances vécues. De fait, il se dit et se montre toujours sur la défensive. On comprend de son histoire, qu'il aurait subit de mauvais traitements durant ces incarcérations.

Mr D. reste une personne isolée au quotidien. Le seul lien qualifié «d'aidant» pour le patient concerne un ami qu'il connaît depuis huit ans et avec qui il a vécu en squat ainsi qu'aujourd'hui dans la même résidence sociale. Cette personne d'origine russe que nous ne connaissons pas est qualifiée d'«ami» par le patient.

*** Itinéraire d'exil**

Mr D. a fui son pays en 2006, il serait arrivé en France en janvier 2008 (*date inscrite sur ancienne carte de séjour*), tout d'abord sur Paris, où il vit dans la rue, puis en squat. Puis il rejoint des compatriotes russes dans le Nord Isère. Il fait alors sa demande d'asile dans ce département. Il est hébergé en CADA. Mais sa demande d'asile est refusée. Il demande alors un titre de séjour pour étranger malade, qu'il obtient en 2010 pour une durée d'un an. Il vient vivre sur Lyon au cours de l'année 2012. Tout d'abord il vit dans un squat, mais cet immeuble brûle en avril 2013, Il perd toutes

ses affaires personnelles durant l'incendie. Il séjourne alors à l'hôtel avec d'autres compatriotes et notamment son ami jusqu'à la fin de la trêve hivernale. Pendant ce temps, il fait les démarches administratives diverses pour s'insérer. Il demande une domiciliation au CCAS, puis en septembre 2012 il demande l'AAH¹² au vue de l'impossibilité de travailler compte tenu de son état de santé. Une fois des ressources obtenues, il fait sa demande d'hébergement et de logement via la Maison de la veille sociale. Mr D. nous explique qu'il effectue ces démarches accompagné par un compatriote pour la traduction de la langue. En septembre 2013, il trouve une place au sein d'une résidence sociale sur notre secteur ; où il loue une petite chambre jusqu'à ce jour.

En juin 2014 ; le renouvellement de son titre de séjour en tant qu'étranger malade est refusé ; Il a alors une obligation de quitter le territoire Français dans un délai de 30 jours (OQTF). Il obtient un récépissé de demande de carte de séjour, valable trois mois soit jusqu'à fin février 2015. Il s'agissait de sa quatrième demande de renouvellement de titre de séjour consécutif. Il effectue de suite le recours auprès de la préfecture avec l'aide de son avocate. Celle-ci est financée par l'aide juridictionnelle totale pour cette procédure. Dans le cas où son titre de séjour ne soit pas renouvelé, le patient explique avoir très peur de devoir fuir la police, et de quitter son logement. Il n'envisage pas un retour en Russie, et encore moins en Géorgie. Son allocation AAH est coupée en février 2015. Il n'a depuis plus de ressources, il vit avec les petites économies faites les années précédentes et l'aide et le soutien quotidien de son ami qui lui aussi est en recours pour le même titre.

*** Parcours de soins**

Depuis son séjour en CADA, Mr D. a pu bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME) puis de la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base et complémentaire, lui permettant ainsi une prise en charge totale de ses soins. Il bénéficie aussi d'une prise en charge à 100% pour une Affection Longue Durée (ALD) valable jusqu'à fin juin 2015 (*renouvellement effectué par le médecin traitant, mais sans réponse à ce jour de la sécurité sociale*). Au vue de son statut irrégulier récent, le patient n'a plus de CMU Complémentaire. Il a souscrit à une mutuelle pour poursuivre ses soins. Cette complémentaire financée par Monsieur, grâce à ses petites économies, lui permet de poursuivre ses nombreux soins somatiques et psychiques, dispensés par différents organismes (*suivi par le CAARUD¹³ et centre des addictions pour le traitement de substitution et soins liés à la toxicomanie; suivi par médecin de médecin du monde pour une infection Hépatite C; suivi médecin généraliste déclaré médecin traitant; suivi psychiatrique auparavant en cabinet libéral sur le nord Isère, puis en CMP sur notre secteur depuis son arrivée sur Lyon*).

¹²

A.A.H : Allocation Adulte Handicapée

¹³

CARRUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

Il est à noter les nombreuses problématiques somatiques rencontrées par le patient ces dernières années, nécessitant des interventions en urgences.

- Décembre 2012 ; opération des varices.
- Opération en urgence de la carotide droite en janvier 2013.
- Opération en urgence courant février 2013 des deux artères fémorales.
- Mars 2013, récurrence de son Hépatite C.

Il a eu également des scanners antérieurement pour les problèmes de céphalées qui montraient un infarctus de la vallée sylvienne droite. Mr D. est aussi épileptique ; plusieurs crises sont notées dans son dossier au cours des dernières années.

La demande de soins pour le CMP date du mois d'août 2011. Le patient est adressé par l'association Pause DIABOLO¹⁴, accompagné par l'interprète russe d'ISM. (*Inter-Service Migrant*). La proposition de soin faite est un entretien médical. A l'époque, la proposition de soins était faite et validée par la secrétaire et l'infirmière de permanence d'accueil en direct le jour même de la demande formulée. Néanmoins la première consultation médicale libre pour recevoir ce patient, se déroulera en janvier 2012, soit presque six mois après la demande de soin. Par ailleurs, il est à noter qu'au cours du suivi médical, se succéderont trois psychiatres différents.

*** Rencontre avec Mr D.**

Janvier 2015: Le médecin psychiatre évoque pour la première fois la situation de ce patient, m'expliquant le refus du renouvellement de son titre de séjour d'étranger malade. En février, le médecin me demande de me joindre à la prochaine consultation médicale pour faire le point sur les démarches de régularisation et les droits au vu de son changement de statut.

Début mars: Première rencontre avec Mr D, durant laquelle sont présents aussi le médecin et l'interprète russe d'ISM. L'entretien est dirigé par le médecin qui reprend chronologiquement les faits quant au statut administratif, démarches de régularisation. A l'issue de cet échange, je propose à Mr D. de le revoir en entretien social et en présence du traducteur. Je l'invite à venir avec certains documents relatifs administratifs. L'aspect médical ne sera pas abordé durant cette rencontre, je laisserai le patient en présence de son médecin quelques instants pour se faire.

En amont de l'entretien social, et avec l'accord du patient, je fais le lien avec l'assistante sociale du CCAS auprès de laquelle il s'est adressé lorsqu'il n'avait plus de ressource et besoin de se nourrir. Il ne peut bénéficier des tickets alimentaires fournis par la ville, l'assistante sociale du CCAS lui a alors proposé de l'inscrire à la cantine municipale pour un repas gratuit chaque midi tous les jours de la semaine ; proposition refusée par le patient qui ne voulait pas laisser son ami

¹⁴ L'association Pause Diabolo est un CARRUD.

manger seul, et qui ne souhaitait pas « *côtoyer les autres SDF* ».

Le patient connaît par ailleurs les associations caritatives qui fournissent un repas gratuit chaque soir en ville sans condition de ressource et s'y rend de temps en temps avec son ami.

J'ai également contacté son avocate pour faire le point sur les démarches de recours. L'avocate attend pour passer le dossier en audience courant mi-juin 2015. A ce jour, l'audience n'a pas encore eu lieu, et le récépissé du patient n'a pas été renouvelé depuis le mois de février.

Enfin, j'ai contacté son bailleur, le responsable de la résidence sociale, qui a conseillé au patient de verser quelques euros chaque mois pour règlement de loyer et ainsi éviter qu'une procédure d'expulsion pour impayés de loyer soit lancée.

Début avril 2015: Premier entretien social avec Mr D. en présence du même interprète. L'objectif de l'entretien pour ma part sera de faire un retour au patient des liens effectués avec les partenaires existants et des possibilités ou non de soutien alimentaire, aménagement financier quotidien, ainsi que de ses droits au vu de sa situation actuelle. Monsieur se montre reconnaissant de ces démarches effectuées, et semble rassuré de mon discours qui va dans le sens des réponses qu'il a obtenu par lui-même. Mr D. ne formule aucune autre demande ; ni demande d'information, ni d'accompagnement aux démarches.

Cet échange sera aussi l'occasion pour moi de mieux se représenter le quotidien précaire du patient, même si celui-ci reste très discret et ne répond que brièvement à mes questions. Je lui indique que ces retours et éléments sociaux sont retransmis également à son psychiatre, pour faire lien et l'informer de ce qui se passe à disposition si besoin.

Lors de l'échange qui suivra avec le psychiatre ainsi qu'à travers le dossier informatisé du patient, j'apprendrais quelques éléments médicaux. Le patient souffre de nombreux maux de tête au niveau frontal invalidant associé à un bruit permanent décrit par le patient « *comme un transformateur* », il a également des hallucinations visuelles et auditives importantes, pour lesquelles il a un traitement. Le patient se dit régulièrement « *observé* ».

Au début de la prise en charge au CMP, il a été constaté par deux des psychiatres, des attitudes étranges (*le patient touchait avec sa canne des objets comme les boutons de portes, des canalisations, des fenêtres ou les plantes qui se trouvaient dans le bureau*) ainsi que des TOC¹⁵. Il n'y a pas de diagnostic psychiatrique posé précisément dans son dossier.

Pourtant en avril 2015: le psychiatre du CMP a établi un certificat détaillé, joint au certificat médical rédigé par le médecin de l'association MEDECIN DU MONDE, en vue du renouvellement du titre de séjour d'étranger malade. Pour autant de quoi Mr D. souffre-t-il exactement ? Est-ce une souffrance post-traumatique ? Ou une pathologie psychiatrique avérée ?

15

TOC: Troubles Obsessionnels Compulsifs

Mi avril 2015 : à l'issue d'une nouvelle discussion avec le psychiatre, celui-ci me demande de proposer à nouveau un entretien social au patient, afin de suivre l'évolution de sa situation administrative.

Début mai: Deuxième entretien social avec Mr D. toujours en présence de l'interprète d'ISM. Aucune nouvelle ou avancée quant à la régularisation. Le patient sort très peu de chez lui, se montre fatigué durant l'entretien, peu causant, dit gardé espoir et attendre des nouvelles de son avocate. Aux dernières nouvelles prises par Monsieur auprès d'elle, l'audience pourrait être reportée pour l'automne. Je refais le point avec lui sur les possibles aides et étayages existants. Mr D. les a en tête. Je lui redis que mon travail peut aussi consister à un accompagnement physique pour les démarches sociales s'il a besoin et au vue de sa fatigue importante que je relève ce jour; il m'en remercie.

Mais Mr D. ne formule aucune demande. Je fais un retour de cet entretien au psychiatre, qui me demande encore de maintenir ce lien en parallèle de son suivi médical (*entretiens médicaux fixés en moyenne tous les 2 mois*) et d'ici l'audience et la future réponse à la demande de renouvellement de titre de séjour.

* Constats et réflexions

Dans cette situation, la demande sociale ne vient pas du patient lui même, mais du psychiatre. S'agit-il donc d'accueillir lors de l'accompagnement social la souffrance de Mr D ou de répondre à sa situation humanitaire?

En quoi le suivi social combiné au suivi médical seulement, peut-il être un soin au delà du soutien humain et moral ?

Que puis-je faire de ma place d'assistante de service social pour ce patient à venir sachant que mes démarches sociales sont vaines, n'apportant pas de nouvelles solutions concrètes ?

Cette demande médicale se montre être une démarche «*humaniste*», en souhaitant qu'à travers ce suivi social le lien soit maintenu avec ce patient pour le soutenir moralement au quotidien d'ici l'obtention de la réponse administrative. A travers ma rencontre avec le patient, le psychiatre espère peut être également une solution administrative, une résolution de la situation sociale. Le médecin appellerait donc un tiers, social, pour pouvoir soutenir cet homme face à l'impuissance dans l'attente de cette demande de titre de séjour.

On peut s'interroger sur l'intention du psychiatre à s'adresser uniquement à l'assistante de service social ; cette situation n'ayant pu être abordée et réfléchi en réunion d'équipe et en réunion clinique avec l'ensemble des professionnels constituant l'équipe soignante.

Mais alors dans quel cas la réalité psychique est plus l'objet de l'accompagnement que la réalité sociale ou administrative du patient ?

Dans quel cas, douter de sa réalité psychique et du traumatisme lié à l'exil, ou éviter de s'y confronter, propose un accompagnement plus opérationnel (ancré dans le réel) répondants aux demandes et besoins du patient ?

La situation de Mr D. renvoi à une certaine impuissance de ne pas savoir par quel bout prendre les choses, ne connaissant pas bien «l'autre », et dans cette situation précise, de ne pas connaître la culture de Mr D., son histoire et ses difficultés liées à son exil qu'on ne peut qu'imaginer et interpréter.

La situation de ce patient m'a mise professionnellement dans une position de tension, dans un entre deux, en conflits entre mes valeurs humaines d'accueillir et d'accompagner au mieux cette personne, et mon cadre de travail, mes missions et le contexte institutionnel dans lequel j'exerce et qui ne me permet pas forcément d'avoir les outils ou moyens adéquats, ayant des freins et limites pour accueillir et accompagner cette même personne migrante.

III. L'ACCES AUX SOINS DES MIGRANTS

Comment travailler en contexte d'incertitudes?

Dans cette dernière partie de l'écrit, je développe la notion de temps comme vecteur décisif dans l'accueil et l'accompagnement aux soins des personnes migrantes. Puis je tente de dégager quelques techniques ou méthodes dans l'espace pour travailler en contexte d'incertitudes et face à la précarité de ces situations.

1° L'accompagnement aux soins : une question récurrente, celle du temps...

Régulièrement et de manière de plus en plus insistante, je suis interpellée par la façon dont les questions liées au temps et aux échéances affectent souvent tant les migrants que les professionnels. Les soignants adaptent leurs réponses (dans l'espace et le temps qui leur aient impartis) aux patients qui s'inquiètent de plus en plus du temps qui passe. La notion de temps est alors relative au temps qui s'écoule, s'égraine pour la personne, à l'espace, au contexte. Il s'agit donc d'interroger la façon dont le temps s'exerce sur les professionnels dans leur accompagnement aux soins des personnes migrants. Qu'est-ce qui est en jeu ? Comment accompagner pendant ce temps d'attente, d'incertitude de la régularisation, et qui fait vivre aux soignés comme aux soignants une vulnérabilité spécifique à cette précarité ?

*** *Le temps de l'asile / le temps du demandeur d'asile***

Le temps de l'asile est défini comme un temps sans réponses, «sans fin», une espèce de temps qui maintient en vie ou du moins plutôt en agonie d'ici à obtenir une réponse à la demande de régularisation. Les personnes migrantes dans l'attente d'une régularisation sont souvent dans une dynamique du temps précis, c'est à dire l'instant "T".

Nous pourrions nous demander alors si notre rapport au temps est preuve de résistance. Dans ce cas, se souvenir serait résisté à l'oubli et au temps qui passe. Et alors qu'est-ce qu'anticiper ou encore se projeter, si ce n'est retarder la fuite du présent dans le passé en le prolongeant dans le futur c'est-à-dire, là encore, résister au temps qui passe.

Dans le cas de Mr M., durant les entretiens médico-sociaux nous avons pu observer que le patient ne pouvait pas aborder le passé, à savoir la période d'avant son exil, ne pouvant pas non plus se saisir du présent du passé qui fait appel à sa mémoire, et également étant aussi d'une certaine manière en grande difficulté pour se saisir du présent tellement la situation de précarité actuelle dans laquelle il est, reste délicate à vivre, relevant parfois de l'urgence vitale.

L'auteur Ana VASQUEZ¹⁶ dans ses ouvrages, parle de notion de "*Mouvement en balancier*" pour expliquer précisément le rapport au temps du sujet migrant "*durant le processus de transculturation, l'individu doit jongler, composer, faire avec deux cultures, ou bien deux réalités, leurs poids symboliques et leurs charges représentationnelles*". Autrement dit, il s'agit de négocier entre le passé et le présent, le connu d'avant et l'inconnu d'aujourd'hui, tout cela dans un mouvement constant d'allées et venues. "*Alors que la notion nous invite à considérer la dimension temporelle dans une chronologie certaine, l'expérience de la migration comme la survenue du handicap, quant à elles, relèvent également une temporalité psychologiques dans lesquelles des passerelles, les « va-et-vient » entre le passé et présent demeurent incessants.*"

La dimension du temps, c'est-à-dire la dimension temporelle, se retrouve également bien présente dans le récit des demandes d'asile. Christian LAVAL parle de temporalité dédoublée¹⁷ ; "*l'une à usage interne et l'autre à usage externe; certains peuvent aller jusqu'à présenter «extra murs» leur biographie (passé) comme un «bon» scénario dont les qualités et les rebondissements sont censés mettre en relief leur prise d'autonomie interne, ou encore à masquer certains événements indicibles peu ajustés à la normativité sociale de réalisation de soi.*"

En quelques sorte, afin d'avoir une chance de s'insérer dans l'avenir, les migrants se sentent obligés de recomposer leur passé, voir de l'effacer. Lorsque les migrants sont exclus des dispositifs de soins institutionnels pour une question de temporalité, on peut supposer qu'ils risquent de s'enfoncer dans une spirale de désespoir, d'agressivité qu'ils retournent parfois sur eux-mêmes. Ils "sabotent" le lien à l'autre, deviennent de plus en plus insupportables pour les professionnels, et entrent encore plus dans la marginalisation, comme décrit dans le syndrome d'auto-exclusion par Jean FURTOS¹⁸. Dans la situation de Mr M., on peut s'interroger si le temps de l'accompagnement, plus précisément la rythmicité des entretiens proposés par le psychiatre et moi même, était un temps respectueux pour que la relation d'aide puisse se déployer. Sommes nous allés trop vite ou au contraire avons nous été trop lents dans les propositions faites auprès de Mr M. ? Lui qui se présentait dans "l'ici et maintenant", toujours avec une certaine urgence et attente de solution immédiate à sa détresse.

16

VASQUEZ Ana, 1993, "préface", in Reveyrand-Coulon O, *Immigration et maternité*, Toulouse, Interculturels, Presses universitaires du Mirail.

17

LAVAL Christian, *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, (Yssy Les Moulineaux), sous la direction de Jean FURTOS, MASSON, 2008, p28.

18

FURTOS Jean, « *De la précarité à l'auto-exclusion* » *Conférences et débats d'Emmaüs et de Normale Sup'*, Edition, Rue d'ULM. Octobre 2009.

*** *Contraste entre « temps psychique » et « temps social »***

L'expression du «*temps psychique*» est souvent opposée à celle de «*temps social*» dont l'usage est démultiplié au front de la précarité. La référence au temps psychique n'a-t-elle pas pour objet principal le maintien d'un avenir au sein duquel le sujet est encore présent ?

L'expression est souvent utilisée par les professionnels pour requalifier les parcours des personnes précaires qui «*tournent en rond*», qui sont scotchées dans un actuel répétitif (*exemples du chômage, des séparations etc.*). Alors que le temps de la vie sociale devient fragmentaire, morcelant, assujéti à la tyrannie de l'urgence, le temps psychique serait celui des récits de soi, de la narration qui singularise.

*** *Le temps de l'action publique***

Les temps de l'action publique sont aussi multiples : cette action connaît en effet une tension permanente entre le temps long des plans, nécessaires à changer les pratiques sociales et à mettre en place des équipements, et le court terme, celui de l'annuité budgétaire, qui est aggravée par les pratiques récurrentes de régulation ou de "mise en réserve" de crédits, l'Etat ayant du mal à anticiper pour des raisons de principes et de pratiques comptables.

*** *Impact et enjeux des différentes temporalités***

L'idée de tenter de trouver une concordance de temps met en avant les discordances des temps de ceux qui attendent, de ceux qui font attendre, de celles qui ont du temps et de ceux qui manquent de temps, de ceux qui sont réduits à l'intendance d'exister et de ceux qui savent que quoi qu'il arrive l'intendance suivra. La première inégalité dont le travail social s'efforce de limiter les effets, se rapporte à la question du "*temps disponible*".

Serait-ce la réussite d'un accompagnement social et d'accompagnement aux soins si l'on trouvait une concordance entre le temps à disposition du professionnel dans le cadre de ses fonctions, le temps des administrations, le temps de l'institution psychiatrique, et le temps du patient, le rythme et la temporalité de l'urgence de sa réalité sociale ?

Dans ce contexte, les auteurs de l'ouvrage «*Les temporalités de l'action sociale*»¹⁹ démontrent que notre rapport au temps s'entend "*comme une conquête ; à savoir celle de la posture consistant à être au commencement, c'est à dire libérée de la domination que notre passé peut exercer sur nous. C'est au prix de cette conquête que nous pouvons agir, créer et rencontrer, et ainsi se laisser s'accomplir le temps autrement que comme un destin ou une répétition sans pour autant vouloir le maîtriser ou l'annuler.*"

19

VIE SOCIALE, *Les temporalités de l'action sociale*, (Villematier), ERES, 2013, p 9.

Plus généralement, l'Homme au XXIème siècle a comme conquête de vivre dans un temps distendu, éclaté et disfractionné. A savoir par l'articulation du temps personnel, du temps familial et du temps professionnel qu'il devient de plus en plus difficile à conjuguer.

Quotidiennement dans le travail social ainsi que dans le soin, les professionnels parlent "temps", à travers l'histoire familiale, l'anamnèse de la maladie, mais également à travers les projets de soin et d'accompagnement. Concrètement ils établissent des calendriers, des échéances, fixent des objectifs à court terme et/ou moyen terme, pour tenter d'influer sur l'avenir, pour ne pas céder à l'urgence des situations ou encore lutter contre les phénomènes tels que la répétition.

Pourtant il s'avère toujours difficile d'accompagner les migrants, même dans une démarche « côte à côte » et « à temps », de faire des propositions au bon moment, malgré des rendez vous manqués, des occasions perdues. Cette épreuve du temps s'est vérifiée dans la situation de Mr M., qui a pu se présenter hors du cadre préalable, en dehors des dates de rendez vous fixées mais néanmoins toujours sur le même jour de semaine, ayant repéré le planning des jours d'intervention du psychiatre au CMP. En outre, le facteur temps a amené du flou, de l'incertitude et de l'ambiguïté dans cette relation avec ce patient, créant des doutes chez les professionnels quant à ses intentions et son discours.

2° Quels outils pour travailler dans un contexte d'incertitude ?

*** La relation d'aide ; espace d'enjeux identitaires réciproques**

Isabelle PARIZOT explique dans son ouvrage intitulé « Soigner les exclus »²⁰ que « *Les interactions entre professionnels et patients sont à la fois le théâtre et l'enjeu de ces processus identitaires et symboliques* ».

En quoi les identités de chacun lors de l'accompagnement aux soins se trouvent-elles affectées ? Quelles en sont les conséquences en termes de relation sociale ? Quels bénéfices identitaires les patients migrants trouvent-ils au sein du CMP ?

La violence des situations des migrants et plus généralement la violence de cette précarité existante fait violence aux professionnels à travers leurs ressentis. On entend par ressentis les sentiments tels que la dévalorisation, l'impuissance, la peur redoutée de la perte de l'empathie ou la peur de la violence du lien. Le sentiment d'être manipulé, la peur d'être instrumentalisé, la mise à mal de la distance professionnelle (soit trop près soit trop loin) sont des ressentis qui peuvent aussi amener à des situations de clivage par exemple durant lequel des professionnels, et parfois de la même équipe, peuvent être amenés à s'affronter. Je constate que ce phénomène est en quelque sorte les «*ricochets*» de la violence des situations précaires des migrants rencontrées.

20

PARIZOT Isabelle, « *Soigner les exclus* », Paris, Le lien social PUF. Mars 2003, p193.

*** L'importance des réunions d'équipe et du travail institutionnel**

A travers ma pratique professionnelle, je pense qu'il est important de relever que chaque professionnel d'une équipe, est une pierre à l'édifice. Chaque professionnel a alors le devoir, la responsabilité de dire ce qu'il a à dire même si cela risque de susciter un conflit au sein de son équipe. Ce sera l'ensemble des avis de chacun des membres de cette même équipe qui fera office de bouclier à la violence des situations rencontrées ; ce qui fera office de parole commune et de nouvelle clinique.

De plus, toutes formes de reprises institutionnelles (*Analyse de la pratique, la supervision, la réunion hebdomadaire d'équipe, la réunion plus institutionnelle, le temps de réflexion en réunion clinique*) permettent de canaliser l'incertitude totale que nous avons malgré nos pratiques d'accompagnement qui se spécialisent et se perfectionnent.

Il est certain que le travail clinique lors de temps institutionnel permet au professionnel de se décentrer sur sa pratique directe au risque sinon d'un envahissement psychique. D'après René ROUSSILLON²¹, le temps de travail clinique collectif a fonction «*d'espace poubelle* » et devient alors un espace et un outil de travail thérapeutique précieux pour chaque professionnel de l'équipe. Ces temps de réunion doivent alors permettre deux types de reprises, une reprise collective faite avec toute l'équipe et une autre individuelle pour aborder les infractions de l'intime chez le professionnel.

La violence des situations des migrants ne se réduit pas à un patient et à un soignant, elle peut être multifactorielle et engage toute l'équipe et indirectement l'institution. Je ne peux que malheureusement constater que dans les deux situations mobilisées dans cet écrit, aucune d'entre elles n'ont été abordées, ni en reprise individuelle, ou collective lors des divers temps de réunion existants au sein du CMP.

Les seuls temps d'échanges ont été d'ordre informel entre les deux professionnels impliqués dans ces suivis, à savoir le psychiatre et moi même. De notre réflexion commune, nous supposons que si nous avons fait davantage de retours de ces deux situations à l'ensemble de l'équipe soignante, nous aurions peut être pu davantage supporter l'incertitude et la violence de cette pratique d'accompagnement en partageant ces difficultés en équipe.

De plus, la réalité de ces populations prendrait peut être alors plus de poids et de considération par l'ensemble des professionnels de l'équipe du CMP et des supérieurs hiérarchiques de l'institution soignante.

21

ROUSSILLON René, « *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* », juillet 2014, Elsevier Masson, 688p.

** Le rôle et la responsabilité de l'institution*

Face à une précarité grandissante et malgré les contraintes budgétaires, l'hôpital public a une responsabilité éthique à accueillir toute personne souffrante. Pour sa part, l'Etat doit être garant de l'accès aux soins de santé pour tous et plus particulièrement des populations les plus démunies. L'empathie et la préoccupation bienveillante des institutions sont les clefs de voûte de soutien des professionnels.

Pourtant il serait illusoire à ce jour de constater que les institutions politiques et sociales, tels que l'hôpital psychiatrique public, mettent en avant et soutiennent entièrement leurs salariés, ou les soignants dans leurs missions d'accès aux soins pour tous notamment pour les publics les plus précaires comme les migrants.

Dans le monde du travail actuel, et les institutions sanitaires n'y échappent pas, nous pouvons utiliser le même vocabulaire pour parler des salariés que celui que nous utilisons pour faire référence aux migrants, ces personnes exilés, isolées et précaires.

Vincent De GAULEJAC²² fait le parallèle entre la situation d'un migrant et la situation d'un professionnel d'une institution publique d'aujourd'hui, où ce dernier, s'il ne s'intègre pas et ne répond pas aux demandes et exigences institutionnelles, se retrouve alors en décalage et est exclu de son équipe, voire isolé dans son institution.

Dans ce cas, le salarié (comme le soignant) n'est plus entendu comme sujet. Il ne peut plus exprimer d'avis, d'idées ainsi que de demandes. Il ne peut plus être pris en compte comme personne ressource, comme force de travail. *«Les doléances ne sont prises en considération que dans la mesure où elles rentrent dans les cases prévues, mais celles-ci ne permettent pas d'exprimer la colère, l'indignation, le ras le bol, provoqués par ces mutations. Soit on s'adapte, soit on est exclu. Il n'y a que cette alternative».*

En parallèle, l'hôpital public par ses protocoles de soins, nouvelles lois et changements réguliers d'organisation, donne une importance certaine à normaliser des procédures voire à augmenter ces protocoles établis à la lettre et qui doivent être appliqués par l'ensemble des soignants. Reprenons l'exemple de la domiciliation, critère indispensable dans la nouvelle procédure d'entrée aux soins au CMP.

Ce nouveau dispositif d'accueil très protocolaire, avec l'obligation non seulement d'une certaine durée de résidence, mais aussi d'une prise en compte que de certaines adresses et non des domiciliations, a été la solution validée par le chef de service pour gérer le débordement des nouvelles demandes de soins adressées au CMP.

Cet afflux a conduit l'équipe du CMP à adopter des dispositions pratiques et

²²

DE GAULEJAC Vincent, "la société malade de gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social", (Paris), POINTS, 2014, p11.

organisationnelles. Il a été l'occasion d'effectuer une certaine sélection des publics à accueillir au CMP, en permettant de justifier les réorientations auprès des partenaires extérieurs, de certaines populations, comme les migrants ne répondant pas aux critères. En outre, par cette sélection, le CMP est depuis en meilleure posture pour répondre aux demandes « acceptées » voire « acceptables » et dans des délais plus raisonnables.

Face à tous ces protocoles, le soignant doit "répondre de" et "répondre à". Il a de plus en plus de demandes concrètes de son institution sur le même temps de travail. Ces obligations institutionnelles sont chronophages et réduisent son temps de travail dédié à la relation directe avec le patient ; il ne peut pas consacrer autant de temps à ces missions premières d'accueil des populations les plus précaires en difficultés pour accéder aux soins.

Vincent GAULEJAC précise que *"l'Etat doit être efficace, l'administration doit être performante, les fonctionnaires doivent interioriser sa culture managériale, les institutions doivent se rentabiliser, les couts et les personnels, par définition pléthoriques et inefficaces, doivent être réduits, la culture du résultat doit se substituer à la culture des moyens."*

Il faut donc faire plus et mieux avec moins, au risque de générer de la souffrance au travail pour les professionnels en créant des paradoxes et donc des situations illusoire pour le public accueilli.

Le soignant sans la protection institutionnelle et devant gérer des situations inextricables, se retrouve face à des injonctions paradoxales opposants ses valeurs, son éthique professionnelle, aux missions, cadres, protocoles qui lui sont demandés, ainsi que des moyens mis à disposition pour se faire. Le soignant peut alors perdre le sens de son métier et de sa pratique professionnelle. *"Lorsque cette possibilité de s'exprimer lui est déniée, il produit des symptômes qui traduisent son mal être.*

L'accroissement des signes sont révélateurs d'une souffrance psychique au travail »²³

La reconnaissance de ce phénomène de risques psychosociaux reste encore très taboue dans notre société. Encore une fois nous pouvons faire un parallèle avec la politique de gestion des migrants. L'Etat français ne peut ou ne veut pas, officiellement, malgré l'existence d'institutions productrices de statistiques (*comme l'INSEE²⁴ par exemple*), quoter le nombre réels de migrants, demandeurs d'asiles ou encore d'étrangers malades présents en France.

Ce constat se vérifie par le discours des politiques sur le pourcentage de migrants en France qui correspond rarement aux nombres réels d'étrangers toujours plus élevés sur le territoire relevés par les acteurs locaux au quotidien.

23

DE GAULEJAC Vincent, "la société malade de gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social", (Paris), POINTS, 2014, p13.

24

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Je suis d'ailleurs personnellement bien en peine à l'écriture de ce mémoire, pour fournir des chiffres, sur le nombre de patients migrants actuellement en soin en CMP, comme sur le nombre de personnes migrantes en situation précaire qui font une demande de soin psychique auprès de l'hôpital psychiatrique.

Pour le moment les outils à disposition des hôpitaux ne prennent pas en compte les catégories en lien avec la précarité (*sauf les données qu'entrent les secrétaires parfois CMU, lieu d'hébergement*).

Une analyse des patients migrants est donc impossible actuellement, ce qui vient bien dire que cette question n'est pas à l'ordre du jour des politiques d'évaluation de l'établissement de soin et donc de son financement.

*** Une pratique quotidienne d'accompagnement de "Bricolage"**

L'accueil du migrant précaire bouleverse le cadre institutionnel de nos institutions, nous faisant vivre des ressentis difficiles, et nous amènent donc à «*bricoler*», et à adopter des stratégies spécifiques pour tenter de poursuivre notre travail d'accompagnement dans un contexte pourtant hostile, priorisant la politique de gestion.

Pierre VIDAL-NAQUET dans son ouvrage²⁵ fait référence aux "ruses" comme techniques utilisées par les professionnels. Cet auteur en fait une définition sociologique en écrivant qu'une "ruse" a deux dimensions qui s'opposent. Elle peut alors avoir des aspects positifs qui renvoient à l'art de faire, comme le tact, le doigté, une certaine habilité et intelligence pratique. Mais la ruse peut aussi être perçue ou considérée comme une duperie, de la manipulation et qui du coup s'opposent au consentement attendu de la personne lors de l'accompagnement.

Dans tous les cas, la ruse est bien un moyen utilisé pour maintenir le lien, la relation avec la personne accompagnée. La ruse est utilisée par tout le monde aussi bien soignants que soignés, soit par omission et/ou par le changement de cadre. L'utilisation de la ruse comme outil reste parfois complexe et subtile. La Loi du 4 mars 2002²⁶, en est un exemple. Car dans ses textes, il est écrit que l'on ne peut imposer à la personne mais il est expliqué juste après qu'il est toléré de convaincre.

Plus généralement, pour Pierre VIDAL NAQUET, la «*ruse*» aurait pour fonction de ménager toutes les relations humaines. Même si l'aspect moral et éthique peut être interrogés, car il est paradoxal avec le fait de vouloir rendre les gens autonomes et capables, il y a tout de même un intérêt certain à la ruse à partir du moment où il évite certains conflits.

*** Le travail de réseaux**

²⁵

VIDAL NAQUET Pierre, "Le travail de care : Tact, ruse et fiction" in Brodiez A., von Bueltzingsloewen I., Eyraud B., Laval C. et Ravon B. (dir.), *Vulnérabilités sociales et sanitaires. Approches sociologiques et historiques*, Presses Universitaires de Rennes, 2014, p. 1-14

²⁶

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Les CMP ont la vocation de travailler en réseau. L'ensemble des partenaires sont nos alliés incontournables pour mettre en place des actions favorisant l'insertion dans la cité de personnes souffrant de troubles psychiques, qu'ils soient migrants ou non. Malheureusement la richesse du travail partenarial résulte encore trop souvent du degré d'implication de chacun, de l'engagement des professionnels de terrain. Les institutions ne sont pas assez soutenantes à leurs niveaux.

Actuellement pour l'hôpital psychiatrique public, le partenariat semble rimer essentiellement avec signature de conventions. Cependant ces écrits signés ne suffisent pas à entretenir de relations partenariales de confiance, de réciprocité et ne peuvent soutenir des actions concrètes dans la durée sans soutiens permanents des diverses initiatives des acteurs de terrains.

Les actions menées dans le cadre d'un CLSM²⁷ peuvent en être exemples. Je participe dans le cadre de mes missions à ces lieux et temps d'échanges entre partenaires, et qui sont souvent perçus par notre institution seulement comme des instances locales de santé publique. Certes. Cependant ces mêmes instances utilisées différemment ne pourraient elles pas être davantage concrètes ? En apportant, en créant des solutions réelles et innovantes communes, comme à travers les pratiques de santé communautaire ?

L'accompagnement social que je mène et plus largement l'activité du CMP dépend entièrement de ce travail concret de réseau. Les patients qui s'adressent au service de soins sont orientés par nos partenaires, c'est pourquoi la visibilité de nos missions et de notre travail, de notre fonctionnement et de nos limites, est primordiale pour que le CMP puisse accueillir et proposer des prises en charge adaptées et réelles innovantes à tout public.

** La place de l'assistante de service social*

En tant que seule professionnelle du travail social exerçant au sein d'une équipe soignante, je suis, de fait, par ma fonction, relativement isolée pour faire face aux nombreuses demandes du public migrant accueilli et je reste trop souvent démunie devant certaines sollicitations.

Pourtant, au delà de cette démarche de reconnaissance de l'autre, l'accompagnement social que je propose est au cœur du dispositif du soin. Il est à l'intersection de tous les chemins qui se rattachent au soin. Mon rôle est alors de faire lien entre ces différents apports qui composent la situation, entre les divers aspects de la personne afin de parvenir à une réponse la plus complète, adaptée et précise possible.

En outre, il me semble que les problèmes médicaux ou médico-sociaux exprimés lors des

27

CLSM ; Comité Local de Santé Mentale

premiers entretiens rappellent une demande sous-jacente et avant tout de relation, de réparation et de reconnaissance.

La diversité des risques qui fragilisent les personnes étrangères en situation précaire justifie souvent d'une prise en charge longue, dans le temps, reposant sur des intervenants dynamiques pour une pratique patiente, ouverte et parfois innovante.

La pratique des soignants en service de soins psychiatriques a pour habitudes ou traditions d'accueillir et d'accompagner des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Comme nous le précise Guillaume PEGON²⁸, face au public migrant, une autre réalité de pratique professionnelle apparaît : « *Ces situations précaires, d'origine sociale, et généralement non pathologique, amènent les soignants du CMP à accueillir et à écouter la souffrance psychologique invalidante, autrement dit d'ordre plus psycho-sociale* ».

Le professionnel a alors un rôle important d'écoute pour re-donner la confiance en soi aux personnes, les aider à supporter l'altérité, leur permettre de parler de leurs émotions, de communiquer sur leurs ressentis.

Dans les deux situations cliniques développées, mon rôle a été avant tout de prendre le temps de les écouter, de leur permettre de verbaliser quelque chose de leur vécu, de leur épuisement dans l'optique de les soulager, malgré l'absence de réponse sociale concrète immédiate.

Par ailleurs, si l'on reprend la situation de Mr M ; Le suivi social étant référencé auprès de l'association FORUM REFUGIE, j'ai pris le temps de faire du lien entre nos institutions, conformément à mes missions. L'association et moi-même avons essayé de tenir une parole commune, pour soutenir les démarches à entreprendre par le patient.

La seule proposition, créatrice de mouvement, faite à Monsieur a été de faire un lien concret et physique avec FORUM REFUGIE auprès de l'OFPRA. Mais depuis cette proposition et jusqu'à ce jour de l'écrit, nous n'avons aucune nouvelle de Monsieur. J'ai de nouveau effectué une démarche «d'aller vers» en tentant de le joindre par téléphone, ne sachant où il loge. Je n'ai pas eu non plus de ses nouvelles par les partenaires contactés. Le collègue médecin et moi restons tout de même disponibles s'il se remanifeste pour l'accueillir et l'écouter.

28

PEGON Guillaume, "Des psychologues coordinateurs pour quelles politiques de soins", Journal des psychologues. N°322. Nov. 2004

Dans cette situation, les liens institutionnels récents n'ont peut être pas été suffisants et au moment propice pour dépasser cette incertitude vécue et permettre une réponse collective portée par tous les partenaires (*OFPRA/CMP/FORUM REFUGIE*), que nous aurions imaginé plus contenante et sécurisante pour ce patient. Même si cette situation nous laisse sur un ressenti d'inachevé, voire d'échec, il m'apparaît que nous avons eu ce rôle important de témoin de la précarité vécue par cet homme dans notre société.

Voilà une situation dans laquelle mon rôle et ma place d'assistante de service social dans un service de soins a eu du sens, à la fois pour moi, professionnel du travail social, au regard de ma présence dans une équipe soignante, et surtout pour Mr M. pour qui l'amorce de quelque chose de possible s'esquissera peut être plus tard dans le temps.

Dans la situation de Mr D., il me semble que j'ai essayé de tisser un lien de confiance avec le patient, que ce lien a relativement bien pris, permettant à ce jour un accompagnement côte à côte et un maintien des soins malgré son contexte de vie toujours très précaire.

Mon rôle d'assistante de service sociale dans un service de soins psychiatriques est ainsi d'éviter l'isolement des patients accueillis, voire parfois d'éviter l'installation d'un syndrome d'auto-exclusion chez le patient migrant ou non.

CONCLUSION

L'intention de cette recherche repose sur un problème issu de ma réalité professionnelle, c'est-à-dire la difficulté d'accompagner des personnes migrantes dans leur démarche de soins psychiques au sein d'un CMP.

L'hypothèse de départ est d'analyser l'influence du facteur temps comme vecteur spécifique dans l'accompagnement aux soins pour les personnes migrantes. Ainsi que de tenter de dégager quelques pistes de solutions permettant d'accompagner aux soins de façon cohérente chaque patient migrant, demandeur d'asile ou étranger malade, malgré un contexte d'incertitudes et de violence.

Après ce travail de recherche, les questionnements suscités et l'apprentissage des différents modules au cours de cette formation, j'appréhende différemment et de façon plus objective les enjeux de l'accès aux soins psychiques des personnes migrantes.

Le public migrant pris en charge au CMP requiert une approche particulière puisqu'il nécessite de prendre en compte les facteurs transculturels, ceux liés à la précarité, à l'isolement, à la vulnérabilité, et aux troubles traumatiques.

Tous ces facteurs nous confrontent en tant que professionnel du travail social et du soin au «flou» de nos champs d'intervention, dans un contexte fait d'incertitudes, voire parfois, nous amènent à une confusion quant à nos identités professionnelles respectives.

De plus, le CMP est réellement un lieu d'élaboration, de production de soin, mais aussi un lieu où se créent des liens sociaux, où s'effectuent des rencontres humaines.

L'articulation du savoir-faire du travailleur social avec celle du professionnel soignant, à travers nos valeurs, nos missions propres, notre cadre institutionnel commun, et nos relations à l'utilisateur, est un travail très exigeant et complexe, et sans cesse en mouvement.

Dans un dispositif de soin public actuellement aussi incertain, il apparaît que chaque professionnel du CMP doit souvent faire preuve de créativité et d'inventivité pour répondre à la demande ou la non-demande du patient, et combler le décalage entre le travail prescrit par l'hôpital et le travail réel d'accueil et d'accompagnement aux soins.

Toutefois, c'est précisément ce travail là qui est malheureusement peu reconnu par notre institution aujourd'hui, et qui met en souffrance et en difficultés tous les professionnels exerçant en service de psychiatrie, travailleurs sociaux comme soignants.

Je constate qu'à travers cet écrit et au cours de la formation, j'ai remis en question ma pratique professionnelle. Je me suis interrogée sur ma place d'assistante de service social dans l'équipe soignante du CMP, et plus largement sur la place du travail social dans le soin pour l'accès et l'accompagnement aux soins psychiques des migrants.

Je retiens de ma pratique actuelle, que j'ai été dérangée, accrochée, interpellée par ces patients migrants rencontrés, et par les effets de leurs situations sur le fonctionnement et l'organisation du travail pluridisciplinaire au sein de l'équipe du CMP.

Malgré une place parfois « sous tensions », il me semble qu'à travers ma pratique d'assistante de service social, j'amène l'équipe soignante à prendre en compte le patient migrant dans son ensemble.

A travers des principes de réalités souvent difficiles, je permets aux soignants de tenir compte de l'ensemble des aspects de la précarité avérée et vécue par ces patients. Ma place et mon rôle sont d'être témoin et de contenir l'indicible de ces situations.

Mon intervention sociale s'avère complémentaire à l'approche soignante qui se concentre alors sur les effets et symptômes de la maladie psychique.

Cette posture m'amène à utiliser certaines « stratégies ». En effet, l'utilisation du « langage soignant » est l'une des « ruses » qui me permet de communiquer, de réfléchir en équipe et de travailler avec mes collègues soignants.

Ce travail de réflexion confirme mon constat que malgré des postures différentes, les professionnels sociaux et soignants sont interdépendants pour soutenir et accompagner au mieux la personne migrante dans sa globalité.

A mon sens, cette pratique professionnelle doit être constamment perfectionnée par un travail quotidien sur soi, lors de réflexion en équipe pluridisciplinaire, à travers aussi la formation professionnelle, et enfin par un soutien régulier de notre institution.

A ce jour, cette recherche reste bien évidemment incomplète. Néanmoins, elle m'invite, de façon plus large, à une réflexion sur les nouvelles éthiques et pratiques d'accompagnement relevant de l'approche psycho-sociale qui se développent auprès des migrants en situation de grande précarité.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

DE GAULEJAC Vincent, *La société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, (Paris), POINTS, 2014, 347 p.

FURTOS Jean, *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, (Yssy Les Moulineaux), MASSON, 2008, 284 p.

FUSTIER Paul, *Le travail d'équipe en institution ; clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*, DUNOD, 1999, 216 p.

FUSTIER Paul, *Le lien d'accompagnement ; entre don et contrat salarial*, DUNOD, (Paris), 2000, 256 p.

TRIGANO Shmuel, *Le temps de l'exil*, (Paris), Payot & Rivages, 2005, 107 p.

VIE SOCIALE, *Les temporalités de l'action sociale*, (Villematier), ERES, 2013, 157 p.

OUVRAGES CONSULTÉS :

BOUQUET Brigitte, GARCETTE Christine, *Assistante sociale aujourd'hui*, Maloigne, 1998, Collection « Profession de santé », 197p.

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, *L'acteur et le système*, Seuil, 1981, Collection point politique, 436 p.

FURTOS Jean et LAVAL Christian, *La Santé Mentale en Actes, de la clinique au politique*, Erès, 2005, 349 p.

PARIZOT Isabelle, « *Soigner les exclus* », Paris, Le lien social PUF. Mars 2003, 296 p.

VASQUEZ Ana, 1993, "préface", in Reveyrand-Coulon O, *Immigration et maternité*, Toulouse, Interculturels, Presses universitaires du Mirail

VIDAL NAQUET Pierre, "*Le travail de care : Tact, ruse et fiction*" in Brodiez A., von Bueltzingsloewen I., Eyraud B., Laval C. et Ravon B. (dir.), *Vulnérabilités sociales et sanitaires. Approches sociologiques et historiques*, Presses Universitaires de Rennes, 2014, p. 1-14

ARTICLES DE REVUES :

COMBEAU Aurélie, DAURE Ivy, SALAUN Frédéric, «*Handicap et Migration ; L'histoire de Mr K.*», Journal des Psychologues. N°327. Mai 2015.

DO Elisabeth, «*Voyage suspendu, voyages impossibles. Un aléa de l'expérience migratoire*», Revue L'AUTRE Cliniques cultures et sociétés, volume 6 N°1, 2005.

FURTOS Jean, «*Le CMP, dispositif central de la psychiatrie de secteur*». Article du LIEN SOCIAL ; Actualité sociale Autrement. [N° 820](#) | du 7 décembre 2006

KERGADALLAN Marie Laure, «*La domiciliation des demandeurs d'asile en question à Dignes les Bains ; témoignage d'une travailleuse sociale*», Revue RHIZOME, N°48, juillet 2013.

LAVAL Christian, RAVON Bertrand, 2005, «*De la relation d'aide à l'aide à la relation*» in J. Ion (sous la direction de), Le travail en questions, la Découverte.

MAQUEDA Francis, «*L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile : position soignante, position citoyenne*», Revue L'AUTRE Cliniques cultures et sociétés, volume 6 N°1, 2005.

PEGON Guillaume «*Une clinique du tiers qui demande beaucoup d'adresse(s)*», Revue Rhizome, N° 25, décembre 2006.

PEGON Guillaume «*Des psychologues coordinateurs pour quelles politiques de soin ?*», Journal des psychologues. N°322, Novembre 2014.

RAVON Bertrand, «*Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux*», Informations sociales, volume 241-242, CNAF, 2009, p. 104-11

ROUSSILLON René, «*Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*», juillet 2014, Elsevier Masson, 688p.

Les cahiers de rhizome : prendre soin de la professionnalité. Article «*comment traverser les épreuves du travail social*» - RAVON Bertrand sociologue. Décembre 2008.

SITE INTERNET :

Site Internet de l'ORSPERE- SAMDARRA

Site Internet de l'INSEE : <http://www.insee.fr>

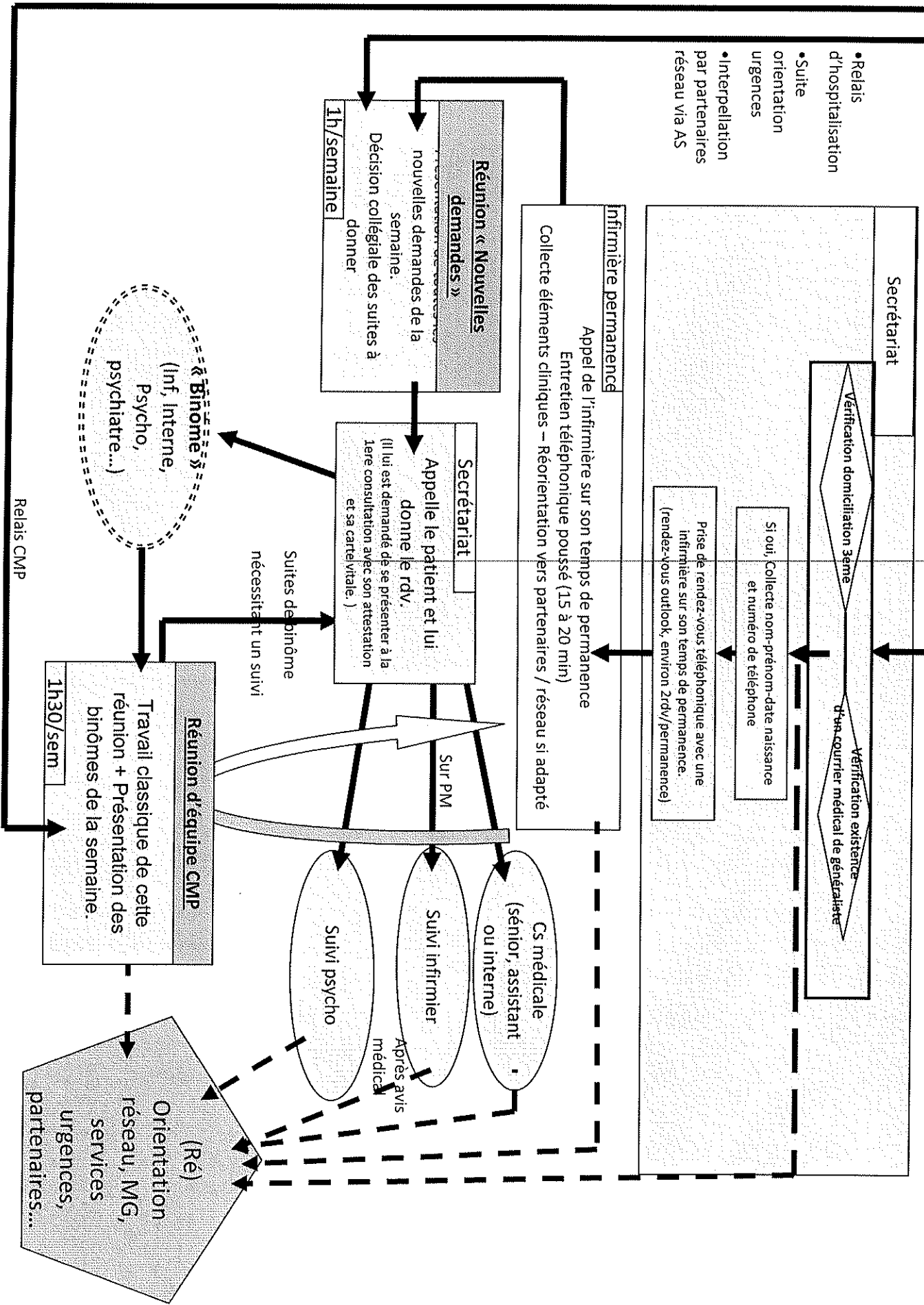
Site Ministère Social : <http://www.social.gouv.fr>

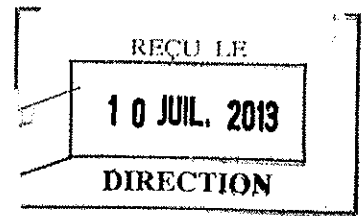
Site de revues de thérapies familiales psychanalytiques <https://www.cairn.info>

Site internet des ASH <http://www.ash.tm.fr/>

Auexel 1 = Dispositif DES Nouvelles demandes

- Relais d'hospitalisation
- Suite orientation urgences
- Interpellation par partenaires réseau via AS





REGLES DE REFERENCE SECTORIELLE

Rappel et confirmation des règles en vigueur depuis le 25 février 2009

Accueil des SDF :

- Accueil à tour de rôle des nouveaux patients pour les prises en charge hospitalières et ambulatoires selon le rythme mensuel suivant sur l'année civile :
3 mois le 1^{er} 1 mois 2 mois
- La première prise en charge d'un patient SDF dans l'un des 3 établissements détermine son secteur au sein de cet établissement, sans aucune limitation de durée ultérieure.
- Un patient devenant SDF et dont le rattachement sectoriel est connu, demeure suivi par son établissement d'origine.

Accueil des patients hors secteur :

- Tour de rôle d'accueil identique à celui des SDF avec organisation du retour le plus tôt possible sur le secteur d'origine.

Propositions issues de la réunion inter-établissements du 06 février 2013

Principes généraux :

Détermine la référence sectorielle d'un patient son lieu de résidence effective. Les foyers d'urgence et les boîtes postales ne peuvent pas servir d'adresse de domiciliation.

La continuité des soins implique qu'il ne peut y avoir changement de secteur sans relais préalable entre les équipes soignantes.

Le relais d'un secteur à l'autre est formalisé par une rencontre entre équipes et à minima par un courrier du secteur d'origine au secteur d'accueil, par la transmission du récapitulatif des prises en charge hospitalières et ambulatoires, et par une trace des démarches entreprises dans le dossier clinique. Le secteur de destination en accuse réception et priorise la demande. L'organisation d'un relais est nécessaire pour que le patient soit pris en charge en soin ambulatoire ou en hospitalisation sur son nouveau secteur.

Etablissements médico-sociaux et lieux de vie collectifs hors maisons de retraite :

Le secteur orientant le patient sur un établissement médico-socio ou un lieu de vie collective assure son suivi psychiatrique sans limitation de durée.

Maisons de retraite :

Sauf convention particulière, le secteur orientant le patient sur un EHPAD assure son suivi psychiatrique pendant au moins 5 ans. Au terme des 5 ans, le relais sur le secteur de l'établissement d'accueil est organisé, s'il n'y a pas eu de nécessité de rehospitalisation sur le secteur d'origine durant cette période.

Changement d'adresse et de secteur de résidence (au sein du Rhône) :

Après 4 mois révolus de domiciliation à la nouvelle adresse sans réhospitalisation, le relais peut être organisé par le secteur d'origine sur le nouveau secteur, avec information et accompagnement du patient.

Si un patient en absence ou en rupture de soins se manifeste et doit être pris en charge dans un établissement plus de 4 mois après son déménagement, le patient est orienté vers le secteur d'origine si celui-ci est connu, pour l'organisation du relais vers le secteur correspond à son nouveau lieu de résidence.

Cette règle ne s'applique pas en cas d'hébergement au sein de logements aux baux garantis par les établissements (appartements associatifs, communautaires, etc.).

NB : changements de département :

Cette règle ne s'applique pas quand un patient déménage dans un autre département. Dans ce cas précis, le relais doit être organisé, avec l'accord du patient dans les meilleurs délais.

Si le patient est en rupture de soins, c'est le secteur correspondant à la nouvelle domiciliation du patient qui assure sa prise en charge, quelle que soit la date effective et attestée du déménagement.

Lyon, le 04 juillet 2013