

Mobilité dans la clinique de l'exil : de celle du patient à celle du clinicien

AUTEURS, AUTRICES > L'EQUIPE DE L'ASSOCIATION LE CHENE ET L'HIBISCUS :

Andrea Diaz Maldonado (Psychologue et psychothérapeute), **Hanae El Bakkali** (Psychothérapeute, thérapeute familiale et co-fondatrice de l'association), **Syrine Ben Nasr** (Psychologue clinicienne), **Garance Journeau Abderrahim** (Psychologue clinicienne), **Audrey Mussat** (Psychologue clinicienne), **Marianna Kazmierczak** (Dramathérapeute), **Francesca Glovi** (Psychologue et psychothérapeute), **Dorothée Legrand** (Psychologue clinicienne et psychanalyste), **Léa Sément** (Psychothérapeute), **Anissa Hamada** (Psychologue clinicienne), **Domitille Delarue** (Psychologue clinicienne), **Hélène Borregaard** (Psychologue clinicienne), **Jean-Marc Bernardini** (Docteur en lettres et sciences humaines).

« L'expérience du soin est humanisante, par la réciprocité et la disponibilité qu'elle implique. Force du lien et force de parole, le soin désamorçait la crise et déjouait l'exil »¹.

Mobilité dans la clinique de l'exil : de celle du patient à celle du clinicien

« Au détour d'un déjeuner, MAELLE, jeune fille engagée bénévole, me sachant psychologue et ayant rejoint l'accueil de jour, prend le temps de me parler d'un grand Monsieur à l'allure triste qu'elle reçoit toujours à la laverie et au vestiaire solidaire. « Il ne parle à personne, sauf à moi », me dit-elle pas peu fière. Quelquefois, il a pu lui confier, avec peu de mots, être à bout. Elle prend une attention toute délicate pour lui suggérer de me rencontrer. Je me suis demandé comment elle avait présenté à Justin cet espace de soins. Qu'a-t-elle pu lui dire de cette clinique au cadre flexible que nous proposons auprès des personnes vivant dans des conditions de grande précarité ? Comment comprendre cet espace, le définir et le présenter ? »

L'association « le chêne et l'hibiscus » est composée de psychologues, de psychothérapeutes, de psychanalystes et d'une drama-thérapeute intervenant depuis quelques années auprès d'un public varié de personnes en situation d'exil (demandeurs d'asile, réfugié-e-s statutaires, personnes en grande précarité). Notre proposition ? Un accompagnement individuel ou de groupe, gratuit, avec la possibilité de recourir à un interprète professionnel. L'association n'a pas de lieu propre. Pour les rencontres cliniques nous nous mobilisons là où nous sommes invitées, dans de grandes disparités de situations, de lieux.

Comme souvent entre les partenaires d'une rencontre, il y a cet effet miroir qui nous fait nous ressembler à certains endroits. Notre dispositif est hébergé par d'autres et de ce fait, il requiert une certaine mobilité de notre part. Cette mobilité clinique rappelle la mobilité physique de nos patients exilés². Nous allons vers en tentant d'y intégrer une proposition de

¹ - Marie-Caroline Saglio-Yatzmirsky in Frédéric Worms et al. – « Face à la crise et l'exil, le soin », in « Le soin en première ligne », Paris PUF, 2021, p.92

² Dans une conférence « *Migrants, exil et réfugiés : parlons-en ensemble!* » à l'université de Nantes en 2019 https://www.youtube.com/watch?v=K9eDW5XV_cA, Tobie Nathan évoque l'emploi contemporain

soins hybride : le lieu d'une rencontre soignante qui accompagne dans le devenir, qui permet d'exister autrement que par un statut administratif. « Exister », ce sentiment qui n'est jamais entièrement intériorisé et qui est étroitement en rapport avec le lien que nous entretenons avec le monde ³. Notre proposition de soins prétend soutenir la reconnaissance d'une souffrance, d'une identité qui permettent de se sentir digne.

Notre communication se propose de présenter le dispositif clinique pensé pour chaque lieu d'intervention en nous questionnant sur le caractère soignant de ces rencontres en dehors des lieux de soins habituels.

Par ces quelques lignes nous souhaitons témoigner et partager nos expériences de terrain, les effets de résonances, de projections, de réflexivité, explorés pas à pas, rencontre après rencontre avec nos patients en exil.

1 – Intervenir « hors les murs »

A l'origine, certaines d'entre nous -par engagement dans diverses associations humanitaires- intervenions bénévolement dans des campements. Nous avons été rapidement convaincues de la nécessité de proposer des soins psychiques dans ces lieux mêmes. Nous nous sommes également rendues compte que les bénévoles confrontés-es à des situations de détresse humaine, se retrouvaient eux-mêmes en souffrance.

Les structures officielles de soutien en santé mentale, peu nombreuses au regard des besoins, étaient saturées.

Après avoir frappé aux portes de différentes associations déjà existantes peu convaincues par le projet d'interventions structurées in situ, nous avons décidé de créer notre propre association pour "combler le vide" et répondre à une demande croissante.

« Un dimanche matin, ma messagerie me signale un appel à la mobilisation : « On a besoin de vous, si vous êtes médecin, infirmier, psy, kiné, etc, venez au lycée Jean Quarré. 700 gars viennent d'arriver et ils ne vont pas tous très bien... »

C'est ainsi que j'ai rencontré Aziz et c'est aussi ainsi que l'association le Chêne et l'Hibiscus est née. Aziz est un jeune homme qui vient d'Éthiopie. Il est arrivé là en suivant les jeunes gens qui étaient avec lui dans un autre campement.

Après quelques pérégrinations au sein de ce lieu, un étudiant en médecine bénévole m'aménage -pour le premier entretien- un coin dans une salle (qui deviendra la salle des « docteurs » le temps que durera ce campement) et je peux commencer à m'entretenir avec Aziz, puis convenir avec lui des rendez-vous réguliers. Quand on se rencontre, il se présente toujours mais il finit par me faire comprendre qu'il ne veut pas être vu avec moi par ses compagnons sinon on allait le prendre pour un fou. Du reste, on n'a jamais pu aménager un espace pérenne dans ce lieu, on n'a jamais pu penser le soin dans sa globalité car les lieux ne s'y prêtaient pas.

Je ne sais pas si c'est idéal de recevoir ces gens dans des espaces qui ne sont pas des espaces de soin, nous allons à leur rencontre sans pour autant être une équipe

du mot "migrant" qui s'est substitué à celui d'"immigré" davantage usité à son époque. Il distingue le terme immigré qui désigne "celui qui est arrivé quelque part", à celui de "migrant", "comme si" -dit-il- « dans la langue elle-même, on pensait qu'il n'arriverait jamais" "comme s'il était destiné à migrer toujours".

³ - Robert Neuberger – « Exister – Le plus intime et fragile des sentiments – Paris, Payot, 2014

mobile. J'ai parfois le sentiment que nous nous installons sur leur trajectoire afin de leur faciliter la rencontre. »

Lors de la création de la Halte Humanitaire de Paris initialement située face à des campements au nord de Paris, la Fondation Armée du Salut qui était le gestionnaire du site a progressivement fait venir, dans ce lieu dédié au départ à l'hygiène des personnes sur les campements, des associations sociales, médicales et psychologiques dont notre association le Chêne et l'Hibiscus. Après plusieurs mois d'activités, nous avons été identifiées par nombre d'acteurs de la santé mentale, lesquels nous ont orienté de manière croissante des personnes s'inscrivant dans des suivis dans la continuité ou nous ont sollicité pour développer des permanences et des suivis dans d'autres lieux d'accueil et d'hébergement. Notre action s'est ainsi élargie à la demande de patients ou d'institutions.

Certains hôtels en région parisienne ont en effet été réquisitionnés en tant que centres d'hébergement d'urgence à la demande du préfet de police de Paris en mai 2020, à la suite du premier confinement dans le contexte de la pandémie. Le public accueilli dans ces lieux est d'une grande diversité, tous sont en situation de précarité importante voire extrêmement démunis. Les personnes hébergé-es ne sont donc pas exclusivement des demandeurs d'asile, des réfugié-es ou des personnes exilées bien qu'elles représentent une part importante. Si à ce jour les groupes hôteliers n'ont pas demandé à récupérer l'usage de leurs bâtiments, la question de la fin de l'accueil est en suspens depuis le premier jour autant pour les équipes que pour les hébergés. Nos interventions s'inscrivent donc dans cette précarité institutionnelle qui configure notre environnement de travail de fait tout aussi précaire alors que le soin psychologique a pour défi de garantir un cadre stable.

Il nous arrive aussi d'assurer des permanences psychologiques dans d'anciennes bâtisses qui servent des centres provisoires d'hébergement, dans lesquelles les travaux d'aménagements ne sont pas terminés. Cela implique de mener les consultations au milieu des seaux d'eau qui essaient tant bien que mal de contenir les infiltrations, ou dans un coin d'un entrepôt.

La singularité de nos interventions est ainsi intimement liée à la nature des lieux où nous sommes appelées à intervenir. Les consultations peuvent se dérouler dans des chambres affectées à cet usage ou au sein de bureaux avec une vue imprenable sur la Seine. Nous consultons au sein des locaux d'une superficie de 4000 m², à l'ancien port autonome de Paris, très convoités par les acteurs économiques de la ville et accordé avec un bail d'une durée d'un an au renouvellement incertain.

Par opposition, l'association a aussi co-créé un lieu, le Centre d'accompagnement psychosocial pour les exilés d'Essonne (CAPSE) en partenariat avec d'autres acteurs associatifs. Ce projet propose un accompagnement psychothérapeutique pour toute personne en situation d'exil résidant sur le département de l'Essonne, sans condition de ressources et quel que soit leur statut administratif. Il apporte un espace sécurisé et bienveillant au patient. Les locaux sont mitoyens à ceux de l'équipe sociale d'un Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA). Cette proximité permet aux accueillis une continuité de l'accompagnement jusqu'à l'arrivée d'une travailleuse sociale dédiée à ce projet. La particularité du site, qui ne ressemble pas à un espace de soins mais qui se propose simplement d'être un lieu vivant, permet un investissement des séances par des sujets qui ont eu des difficultés à accepter le fait d'aller voir un thérapeute.

2 – « Aller-vers » au sein des espaces temps hybrides

Nos rencontres varient selon les lieux où nous sommes : par une prise de rendez-vous mais aussi par une demande spontanée lors d'un moment informel où se crée un lien, une rencontre. Toute rencontre a ainsi une potentialité soignante.

Ce sont souvent les travailleurs sociaux qui, confrontés à l'expression de la détresse de certaines personnes accueillies, ouvrent la voie à un tiers clinicien, pour des actions de médiation et d'accompagnement. Dans des lieux singuliers où tout est bien ancré dans le réel (possibilité d'utiliser des douches, une buanderie, des ordinateurs, des services administratifs), un espace de rencontre est proposé.

Quelquefois ce sont les personnes exilées elles-mêmes qui nous conduisent vers leurs lieux d'hébergement.

« Un patient afghan que je suivais et dont le suivi s'était interrompu avait demandé à sa référente sociale juste après sa mise à l'abri dans un centre d'hébergement de me contacter pour poursuivre le suivi psychologique. J'ai donc proposé de venir rencontrer le patient directement sur la structure d'hébergement. Rapidement, le suivi a pu reprendre et l'équipe sociale a souhaité que puissent se mettre en place des permanences psychologiques dans cette structure ».

Les médiateurs interprètes orientent également les personnes accueillies vers les différents services et le soin. Lorsqu'une équipe infirmière est en place, elle peut aussi, à l'écoute des plaintes somatiques, percevoir une détresse et orienter vers les cliniciennes. « L'aller vers » se manifeste aussi par des discussions informelles avec les personnes qui s'occupent de donner les repas, les agents de sécurité, les personnes travaillant à la buanderie ou tout simplement lors de déambulations dans les divers espaces permettent de repérer des personnes particulièrement isolées et en mal être.

Nombre de personnes souhaitent nous voir pour une rencontre, un échange ou entamer un suivi. La précarité des personnes que nous rencontrons est une réalité mais nous composons avec cette précarité en adoptant un cadre de travail souple mais sécurisant, ne serait-ce que par la continuité de notre présence et la régularité de nos permanences dans ces lieux. La précarité ne doit pas être un frein supplémentaire dans l'accès aux soins psychiques quand ils sont nécessaires.

Les accueils de jour dans leur ensemble sont pour nous des lieux soignants, des lieux qui contribuent à réparer les personnes accueillies. Les psychologues ou psychothérapeutes et les patients se rencontrent dans des sites où une diversité de services sont proposés ce qui brouille les frontières entre ce qui relève du soin et ce qui relève de l'accueil de telle sorte que l'accueil fait partie intégrante du soin, et inversement, le soin fait partie intégrante de l'accueil.

Dans les centres d'hébergement, notre « aller-vers » s'illustre principalement par notre proposition de permanence sur leur lieu de résidence même. Le trajet des hébergés pour venir à leur entretien est donc simplement un changement de chambre et d'étage et un voyage... par ascenseur. Les orientations se font dans la plupart des cas par les travailleurs sociaux, car il n'y a pas d'espace collectif donc peu de possibilité de temps d'échanges informels avec les personnes hébergées. Lorsque le CHU accueille un nouvel entrant, un premier entretien lui est automatiquement proposé. Il s'agit simplement de l'informer de

notre présence et de notre cadre de travail. Certains ne sont pas du tout intéressés et l'entretien de présentation peut alors être très court. D'autres, accrochent davantage et cela peut déboucher sur un accompagnement de suivi dont certains prennent une forme plus psychothérapeutique.

Nous pourrions évoquer en fait, un double "aller-vers" : d'un groupement inter-associatif qui se déplace dans un lieu précis et des bénéficiaires qui se déplacent depuis leur lieu de vie souvent en périphérie de Paris pour venir au cœur de la ville rencontrer des professionnels. Un aller vers l'autre là où il se trouve, aussi bien que l'accueillir au cœur de la cité tel qu'il est.

Cependant, notre place dans chaque lieu d'intervention est toujours à construire et à consolider en raison des changements d'équipe, du « turn over ». De par la spécificité de ce travail « hors les murs », nous restons toujours, d'une certaine façon, étrangères aux lieux. Dans nos interventions au sein des centres d'hébergement, Nous avons le sentiment d'être un peu « chez » les patients hébergés. Comment les patients se représentent-ils le déplacement de leur chambre jusqu'à notre bureau pour se retrouver dans un espace différencié mais similaire à leur espace d'intimité quotidien ?

La proximité du lieu de soin implique une facilité d'accès pour venir nous rencontrer mais en même temps elle ne facilite pas la mobilisation psychique que l'on ressent lorsque l'on se déplace pour consulter un soignant sur un dispositif extérieur.

3 – De la mobilité psychique

Nous envisageons la mobilité psychique comme un mouvement subjectif défini comme sa capacité à bouger dans ses représentations et ses investissements. Nos interventions favorisent une mobilité aussi bien physique que psychique à la fois pour le patient et le clinicien. Les différentes observations nous permettent de mettre en évidence la volonté et la nécessité pour ces patients de se mouvoir.

Les séances proposées aux patients en dehors de leur lieu d'accueil, leur confèrent un espace identifié, sécurisant, favorisant ainsi la parole. De plus, la mobilité physique semble contribuer à une mobilité psychique.

Ceci est particulièrement vrai pour les populations migrantes ou exilées. Les patients au-delà de devoir sortir de leurs repères culturels d'origine et encore en processus de décryptage, de découverte des nouvelles données culturelles du pays d'accueil, doivent se rendre disponibles psychiquement pour pouvoir s'investir dans le travail thérapeutique et comprendre en quoi il consiste. Le paradoxe au regard de cette mobilité forcée par l'exil est que bien souvent l'attente administrative inhérente à la demande d'asile et les conditions de vie qui l'entourent peuvent pousser temporairement à une forme d'immobilisme, de paralysie psychique, qui entravent justement cette disposition aux mouvements internes.

En réponse, les mouvements incessants de décentrage et de recentrage du thérapeute que son travail demande, nécessite une souplesse accrue.

Nous identifions deux voies à cette mobilité qui nous permettent d'aborder le travail thérapeutique et identifier la demande de soins. Une voie est la voie identitaire ou comment accompagner la construction identitaire d'une personne exilée dans un pays dit d'accueil dans lequel les conditions matérielles ne permettent qu'une intégration précaire. Des remaniements profonds de l'identité du patient vont mettre à l'épreuve sa flexibilité psychologique avec une multiplicité d'allers et retours entre celui qu'il a été et celui qu'il

pourra devenir. La deuxième voie est le cheminement vers l'acceptation de l'incertitude. Faire face à l'angoisse générée par l'incertitude de plonger et replonger dans cet espace de la non-existence administrative. Ces deux voies s'enchevêtrent et peuvent s'emprunter de manière simultanée. Ces mobilisations psychiques demandent une flexibilité du thérapeute qui est mis au travail dans des conditions d'un cadre mouvant à temporalité inconnue.

Nous avons souvent le sentiment de faire expérience commune dans la non-stabilité du lieu que nous partageons (hébergés, travailleurs sociaux et cliniciens) et dans les multiples aménagements de cadre de travail thérapeutique. Les points de résonances sont multiples. Nous sommes mobiles lorsque nous arpentons les lieux pour provoquer des rencontres, lorsque nous nous transportons de lieux en lieux en Région Ile de France ou en régions. Cette mobilité est nécessaire et requise dans nos pratiques et nos suivis.

La mobilité physique de nos patients entre nos lieux de soins est aussi évidente. Nous pouvons recevoir pour consultation unique une patiente à la suite d'un entretien à l'OFPPRA et la revoir plusieurs mois plus tard, réorientée par des collègues ou des personnels de santé car une symptomatologie inquiétante avait fait surface. Quelqu'un dans un centre d'hébergement préférera consulter dans un accueil de jour, afin de ne pas être vu par ses co-hébergées.

Cette clinique nous pousse à sortir du cadre thérapeutique "classique": à la fois parce qu'en raison de la précarité du public reçu, nous sommes amenées à intervenir sur des aspects très concrets de leur vie, en raison du caractère urgent et vital de certaines situations, et également parce que le fait que nous bénéficions d'un tiers médiateur interprète vient nous placer en interlocuteurs privilégiés en capacité d'entendre et de comprendre leurs besoins ou leurs demandes.

Cette présence d'un interprète rend notre clinique particulièrement riche et vient rajouter de la mobilité. Elle est importante aussi bien d'un point de vue de la compréhension linguistique qu'au niveau symbolique. Cette présence tierce demande des nouveaux ajustements et de la flexibilité. Très souvent il sera impossible d'avoir un interprète en présence à cause de la distance, de l'exiguïté du lieu ou de l'impossibilité de s'assurer de la présence du consultant à l'heure prévue. Nous ferons donc plutôt des appels téléphoniques dans lesquelles notre interprète émerge de sa propre temporalité et espace. Nous ferons des allers retours entre deux ou trois langues en fonction de la situation, nous questionnons et re-questionnons le sens des mots employés, le ton employé, les répétitions, sur la forme du discours. Cette complexité explicitée permet au consultant et au clinicien de se sentir compris, entendu et favorise les mouvements de décentrage et recentrage culturel. Au contraire, certains patients vont préférer une consultation moins fluide en anglais, français ou arabe que d'avoir un interprète à l'autre bout de fil. Méfiance ou angoisse, nous composons avec cette donne tout en insistant sur la confidentialité de notre cadre et l'importance de bien être d'accord sur le sens donné à ses paroles.

Dans nos espaces de soins, les modalités de rencontre elles-mêmes viennent nous interroger d'un point de vue transculturel. A titre d'exemple : un jeune homme afghan, arrivant tout juste d'un pays où hommes et femmes sont généralement séparés et pour lesquels les représentations sont tellement éloignées de celles de l'occident, peut se retrouver seul dans une pièce dans un face à face avec une

femme et d'être invité à s'exprimer sur ce qu'il ressent tout en la regardant dans les yeux. Cette situation demande à être explicitée, médiée, pour être mieux comprise et pour qu'elle puisse se traduire en rencontre thérapeutique.

Quel que soit le lieu d'intervention, le point commun de toutes nos interventions est l'horizon flou de notre temporalité clinique. A nous de trouver un équilibre à géométrie variable, qui puisse permettre au patient d'exprimer sa souffrance. Nous tenons à accueillir cette souffrance car chaque être, lorsqu'il est menacé de désespoir, a droit à une écoute de sa souffrance dans ce qu'elle a de particulier. "rien n'est plus fragile, plus intime, plus humain que le sentiment d'exister" ⁴.

« Monsieur T., originaire du Baloutchistan, ne parle aucune autre langue que le baloutchi. Le Baloutchistan aux terres arides et montagnes volcaniques se situe au sud de l'Afghanistan et à l'est de l'Iran. La langue officielle est l'ourdou, bien qu'il ne soit parlé, comme langue maternelle, que par une minorité de 4,5 % de la population.

Il n'y a aucun interprète en langue baloutchi en France. Monsieur a été entendu à l'OFPRA en ourdou langue officielle qu'il ne maîtrisait pas une fois et une deuxième fois en farsi, langue qu'il ne connaît absolument pas.

Il attend de recevoir une réponse à son recours. Monsieur T. est logé à l'hôtel B&B de la Villette. A cet endroit, une permanence d'une psychologue est assurée. Cependant, c'est grâce à un de ses amis qui habite dans la banlieue lointaine qui s'est dévoué pour l'accompagner vers les soins que je le rencontre à un accueil de jour à Paris Austerlitz. Son ami avait déjà éprouvé les mêmes symptômes de stress post-traumatique que Monsieur T.. Il avait la chance de maîtriser l'anglais et avait donc pu être soigné à l'hôpital. Faute d'interprète, on bricole un cadre à trois. Son ami traduit les propos de Monsieur T. en anglais et on fait des consultations à un rythme hebdomadaire. Une orientation est faite vers un psychiatre qui accepte de le recevoir en consultation avec son ami. Je prends contact avec son assistante sociale, très touchée elle-même par l'histoire de Monsieur T. et par son isolement. Nous le portons à quatre pour lui redonner de la stabilité. Entre-temps nous faisons ensemble une demande de logement adapté. Grâce à ce maillage et à une patience infinie, il finit par éprouver une amélioration des symptômes. Progressivement il retrouve le sens de sa présence en France. Il retrouve l'énergie pour dire ses premiers mots en français, se lever le matin et aller marcher dans le parc. On espace les rendez-vous. Un transfert est prévu pour la ville de Grenoble où il pourra être entouré des membres de sa communauté. »

Le cadre de ces rencontres n'est pas psychothérapeutique à proprement parler car les modalités de la rencontre ne sont définies que par la présence ou l'absence du partenariat d'un côté et de la mise à l'abri des patients de l'autre. S'ils en sont exclus, s'ils sont orientés, s'ils partent, le suivi peut s'arrêter plus ou moins brutalement. Le contrat lors de ces rencontres se pose ainsi : « nous avons la possibilité de nous

⁴ Robert Neuburger, « Exister – Le plus intime et fragile des sentiments », Paris, Payot, 2014

voir régulièrement tant que vous êtes là et moi aussi ». Dans ce cadre éphémère, ils viennent de façon volontaire chercher de l'aide et trouver possiblement du réconfort. Il nous faut aussi accepter de manière humble que nous nous sentons souvent démunies lorsqu' une personne vient nous voir. Leur impuissance nous renvoie à notre propre impuissance. Cette clinique nécessite une prise de distance et d'accepter d'être le juste soutien pour un patient.

« La rencontre engage deux subjectivités dans leur différence et mobilise les processus de (dé) subjectivation et les identités (...). Notre échange engage ma subjectivité autant que mon être politique. (...). De même que le sujet a besoin de ma médiation, j'ai besoin de sa médiation pour me reconnaître dans cette rencontre abrupte, pour me tenir devant lui » (...) « Quelles projections ou identifications projectives sont à l'œuvre dans cet exercice de se tenir devant l'autre « en exil » ? ».⁵.

4 – Un cadre de travail pluridisciplinaire et non institutionnel

Dans notre travail d'accompagnement psychique se conjuguent deux exigences, à la fois éthiques et déontologiques. Celle qui nous lie au patient et celle qui le met en contact avec l'équipe. Par la première nous sommes tenues à la confidentialité, à l'anonymat, au secret professionnel ; au respect de la personne et sa parole. Par la deuxième, nous sommes tenues à une éthique du soin. Cette éthique nous demande de nous assurer de la prise en charge intégrale et globale de la personne différents aspects de sa singularité. Notre travail auprès des équipes se chargeant de l'accueil est de ce fait riche et complexe.

Nous tissons en finesse des liens afin de soutenir et accompagner au mieux nos patients tout en renforçant ses liens avec l'extérieur. Nous le portons ensemble tout en nous assurant de respecter son désir d'être accompagné à redonner du sens à ses secrets et à ses souffrances. Notre présence implique de fait une pluridisciplinarité dans une équipe initialement composée exclusivement de travailleurs sociaux. L'intérêt du regard du clinicien nous a été signifié d'emblée comme un élément rassurant. Confrontées à un grand nombre de personnes hébergées et occupées à gérer les chronophages démarches sociales et administratives, compter sur la présence d'un clinicien qui prend le temps d'écouter et accueillir chaque personne dans sa singularité est précieux pour les équipes sociales.

Notre présence est une clinique d'extrême proximité. Ceci est également perçu comme une sécurité pour les équipes et une facilité d'accès pour les personnes hébergées.

Nos soins permettent un accès au plus grand nombre : pour celles et ceux qui n'ont pas la capacité de se déplacer jusqu'à un service de soin extérieur ; pour celles et ceux qui formulent une demande ambivalente ; pour celles et ceux qui se trouvent désorienté-es ; pour celles et ceux qui par crainte de l'extérieur préfèrent rester au centre d'hébergement.

⁵ in Alexandra Gatlitzine-Loumpet, Marie-Caroline Saglio- Yatzimirsky - « Face à l'exil au risque des subjectivités », *Journal des anthropologues*, Hors Série / 2018, pp.9-11

Conclusion : un plaidoyer pour une approche soignante globale et in situ

Cet « aller-vers » et les particularités de nos rencontres impliquent un engagement militant qui est celui de pouvoir proposer une approche soignante en santé mentale à des personnes vivant dans une grande précarité, exclues socialement et invisibilisées dans notre société. La pertinence de ces suivis et de ces permanences est pour nous sans appel autant dans le soutien professionnel que nous tentons d'apporter aux équipes que dans le soutien clinique que nous tentons d'apporter à nos patients.

Cependant, notre message ne consiste pas tant à soutenir l'existence de lieux aussi précaires que certains centres d'hébergement d'urgence. Si ces lieux permettent de mettre à l'abri des centaines de personnes, ils ne sont pas toujours adaptés à l'accueil d'un public important et spécifique par manque de ressources humaines suffisantes.

En conclusion, il nous faut insister sur le fait que ces interventions « hors les murs » et à l'instar des actions au sein des accueils de jour où nous intervenons ne sont possibles que par un travail partenarial et en lien avec l'ensemble des acteurs sur le site et que leurs succès sont d'autant plus assurés que la prise en charge est globale, taillée sur mesure, et que la temporalité peut s'avérer plus sécurisante, aussi bien pour le patient que pour le clinicien.

« Je suis convaincu que les seuls êtres qui aient des racines, les arbres, préféreraient ne pas en avoir. Ils pourraient prendre l'avion, eux aussi »⁶

⁶ - Bertold Brecht- « Dialogues d'exilés », Arche éditeur, 1997 (édition posthume : 1961)

Bibliographie

- Bertold Brecht- « Dialogues d'exilés », Arche éditeur, 1997 (édition posthume 1961)
- Robert Neuburger, « Exister – Le plus intime et fragile des sentiments », Paris, Payot, 2014
- Alexandra Gatlitzine-Loumpet, Marie-Caroline Saglio-Yatzirmirsky – « *Face à l'exil au risque des subjectivités* », Journal des anthropologues, Hors Série / 2018, pp.7-17
- Marie-Caroline Saglio-Yatzirmirsky – « *Repenser nos cadres d'intervention avec les personnes migrantes* », Rhizome, Bulletin national santé mentale et précarité, N°73 / Octobre 2019, pp.15-16
- Marie-Caroline Saglio-Yatzirmirsky in Frédéric Worms et al. – « *Face à la crise et l'exil, le soin* », in « Le soin en première ligne », Paris PUF, 2021, pp.83-92