Canal PsY

Psychologue en Mission Locale : un métier singulier ?

Du soin psychique des jeunes en souffrances d'exclusion

Marie-Odile Aïlane, Maryline Amato,
Christel Blanchard, Carine Chatain et coll.,
Mylène Debard, Christis Demetriades, Jean-Michel Hinaux,
Jérémy Methivier, Florence Mollier, Béatrice Wolfrom-Bertier

À propos... Claire Garnier et Lucia Clouzeau

Canal Psy - Trimestriel - N°104 - Avril-Mai-Juin 2013 - 5,00 €

édito

En mars dernier... Canal Psy a eu 20 ans !

Le printemps a tardé à venir... la célébration de nos 20 ans aussi.
Mais c'est chose faite avec ce nouveau numéro qui vous proposera un dossier complet sur la thématique des pratiques du psychologue en Mission Locale auprès des "jeunes" de 16 à 25 ans.

Cette coïncidence n'est peut-être pas le fruit d'un hasard : la revue a bien sûr gagné en maturité durant toutes ces années, son contenu s'est étoffé, sa disponibilité s'est étendu en dehors des frontières de l'université, puis en dehors de l'agglomération lyonnaise, nous reste sans doute, à l'instar des jeunes en Mission Locale, de gagner en autonomie et en liberté.

Car, comme nous le soulignons avec humour dans l'*oeil du psyclone*, nous sommes dans une période de "comptage" (et pas seulement des numéros) qui n'est pas forcément propice à l'insouciance et aux projets d'envergure.

Malgré tout, en cette période de disette, nous n'oublions pas que ce qui "compte"vraiment, c'est la participation d'auteurs, d'artistes, de collaborateurs qui ont tous l'envie de partager les singularités de leur pratique, leur questionnement, leurs pistes de réflexion et leurs travaux...

Ainsi, nous remercions chaleureusement Christis Demetriades d'avoir participé à la préparation et au lancement de ce numéro. Nous remercions aussi nos talentueux illustrateurs et tout particulièrement l'artiste A.Stella, qui nous a permis de publier quelques unes de ses oeuvres.

En vous souhaitant une bonne lecture...

Frédérik Guinard

canal psy

Directeur de la publication
Jean-Luc Mayaud
Président de l'Université
Directeur délégué
Georges Gaillard
Georges.Gaillard@univ-lyon2.fr
Enseignant responsable
Jean-Marc Talpin
Jean-Marc.Talpin@univ-lyon2.fr
Rédacteur en chef
Frédérik Guinard
Frederik.Guinard@univ-lyon2.fr
Rédacteur invité
Christis Demetriades
dcri@neuf.fr
Responsable d'édition et conception graphique
Marc-Antoine Buriez
Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr
Service Abonnements
Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr

Canal Psy - Département FSP
Institut de Psychologie
Université Lumière Lyon 2
5, av. Pierre Mendès France
69676 Bron Cedex
Tél. 04 78 77 24 76 - psycho.univ-lyon2.fr

Journal publié par l'Institut de Psychologie
Département FSP
Imprimé par Saciprint à Meyzieu
Commission paritaire n° 1117 B 07996
ISSN 1253-9392

sommaire

Psychologue en Mission Locale : un métier singulier ?
Du soin psychique des jeunes en souffrances d'exclusion

Introduction : quel travail clinique en Missions Locales ? par C. Demetriades p.3
La santé mentale des jeunes en insertion. Etude conduite par le CETAF et le CNML par C. Chatain, P. Catel, É. Labbe, C. Duprè, L. Gerbaud, J.-J. Moulin, C. Demetriades p.4
Portrait bref des postes de psychologues intervenant en Missions Locales par J. Methivier p.7
De la construction de la demande de soin en Mission Locale : paradoxes et spécificités par M. Amato, C. Blanchard, F. Mollier, B. Wolfrom-Bertier p.8
Dispositifs orioplastiques pour des jeunes en souffrances d'exclusion par C. Demetriades p.10
L'entretien psychologique au sein d'une mission locale, un possible travail de figuration par M. Debard p.13
Une expérience de groupe à médiation par le Photolangage® par J.-M. Hinaux p.16
Accès au soin en Mission Locale et Réseau de santé par M.-O. Aïlane p.19
L'étude de terrain : connaissance du public et outil de travail par J. Methivier p.22

à propos...

Un PAEJ itinérant, une pratique clinique de l'aller-vers par C. Garnier, L. Clouzeau p.24

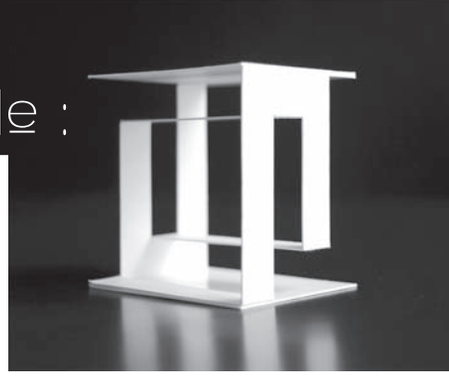
annexe

Prévalence des troubles anxieux et dépressifs en Mission Locale par J. Méthivier p.27

illustrations

Aurian Riethmuller (aurian.rt@gmail.com) ..... Couverture, pp. 14, 21 et 25
A.Stella (www.astellaa.com) ..... pp. 3 et 10
Photolangage® ..... pp. 17 et 18

Psychologue en Mission Locale : un métier singulier ?



Introduction : quel travail clinique en Missions Locales ?

S'interroger sur le travail des psychologues dans les Missions Locales (ML) pour l'insertion des jeunes 16-25 ans, c'est ouvrir la question d'une clinique du social qui puisse appréhender *la double existence d'un individu qui est lui-même sa propre fin et maillon d'une chaîne* (S. Freud, 1914).

En effet, aborder la question sous cet angle, c'est à la fois planter le décor d'une société néolibérale qui se caractérise par la précarisation du travail et la fragilisation du lien social à laquelle nous sommes tous assujettis et mettre le focus sur la renégociation du contrat narcissique qui opère à la fin de l'adolescence, avec la possible remise en scène et figuration de certains *pactes dénégatifs* (R. Kaës, 2009).

Les Missions Locales sont de petites associations locales financées par l'état et les collectivités territoriales. Elles ont été créées à partir du rapport fondateur de B. Schwartz « *l'insertion sociale et professionnelle des jeunes* », paru en 1982. Initialement destinées à accueillir les jeunes les plus en difficultés sortis de l'Éducation Nationale sans diplôme et habitant des quartiers et zones sensibles, elles se sont progressivement développées sur tout le territoire français et accueillent actuellement plus de 1 200 000 jeunes par an. Organisées en réseau régional et national, les ML proposent à tout jeune 16-25 ans sorti de scolarité un accompagnement global, tout au long de son "*parcours d'insertion*", par un conseiller généraliste, qui écoute, soutient, conseille et peut mobiliser des dispositifs d'orientation, de formation et d'emploi, mais aussi des aides en matière de logement, de mobilité et de santé et ce, en articulation avec les autres professionnels de l'institution et les partenaires locaux.

Les psychologues arrivent dans les ML à partir des années 1995, suite au rapport Strohl/Lazarus « *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* », afin de proposer « un soutien aux professionnels de la première ligne et une écoute spécialisée aux jeunes en mal-être ». Ces postes émergent dans le cadre d'actions expérimentales et resteront longtemps précaires. Certains sont actuellement rattachés au secteur psychiatrique ou aux Maisons des Adolescents, d'autres à des PAEJ ou encore directement aux ML. Nous observons, par ailleurs, une grande disparité au niveau des financements, qui varient d'une région à l'autre. Le lecteur attentif de ce dossier pourra remarquer quelques petites différences de pratiques, qui pourraient être liées au rattachement du poste et à la culture institutionnelle du psychologue.

Malgré (ou devrions-nous plutôt dire grâce à…) l'absence de tout référentiel métier proposé par les institutions ou les financeurs, des pratiques cliniques se sont "*bricolées*" et développées dans ces lieux, puis discutées et réajustées au sein des groupes régionaux et du réseau national, qui se sont mis en place à l'initiative de ces psychologues pour rompre leur isolement professionnel.

Ainsi, alors que la psychiatrie publique continuait majoritairement à ne pas accueillir les jeunes en insertion, en dehors de périodes de crise et de décompensations nécessitant une hospitalisation, les permanences des psychologues dans les ML ne désemplissaient pas et battaient en brèche l'hypothèse d'un public refusant tout soin psychique.

Ce sont les spécificités des pratiques cliniques développées au cours des vingt dernières années dans les ML que nous tentons de mettre en lumière dans ce dossier.

Ces pratiques s'adressent à un public en très grande vulnérabilité sociale, qui présentent des risques bien plus importants que les autres jeunes en matière de santé mentale, comme le démontre une récente étude menée par le CETAF et présentée dans ce dossier par C. Chatain et ses collaborateurs.

En Missions Locales, il s'agit comme le suggèrent M. Amato, C. Blanchard, F. Mollier et B. Wolfrom-Bertier, psychologues rattachées à un Centre hospitalier, d'accompagner l'émergence et la construction d'une éventuelle demande de soin, en ouvrant un espace de jeu, suffisamment malléable, entre l'insertion et le soin.

Cet espace de jeu est composé de dispositifs cliniques individuels et groupaux dont C. Demetriades tente, ensuite, de dégager les principales caractéristiques qui leur conféreraient ce qu'il appelle leur qualité *orioplastique*, du grec *orio* = limite et *plassein* = façonner-mouler, c'est à dire des dispositifs aux limites suffisamment malléables et au cadre suffisamment solide pour soutenir le travail de la *double limite* (A. Green, 1982).

M. Debard étudie les spécificités de ces dispositifs sous l'angle de la co-construction d'un espace de pensée, avec la médiation des objets sociaux, *utilisés comme dans un squiggle* (D.W. Winnicott, 1975).

J.-M. Hinaux nous propose de compléter le travail d'entretien par des groupes à médiation dont le rythme et la fréquence s'ajustent au plus prêt des capacités d'investissement des jeunes et permettent l'émergence, le partage et la contenance d'émotions et d'affects gelés, brûlants ou enfouis.

C'est encore de groupe dont il est question avec M.-O. Aïlane, qui étudie le travail en réseau local sous l'angle de la métaphore du *rugby de mouvement* (R. Deleplace), pour conclure : *l'improvisation des liens réseaux ça se travaille* !

Enfin, J. Methivier nous invite à remettre continuellement en question nos *lunettes sociales*, que nos pratiques cliniques peuvent contribuer à construire, en nous appuyant sur des études de terrain dont les résultats sont discutés en équipe.

Pour conclure, nous découvrirons en rubrique les particularités d'un Point Accueil Ecoute Jeune itinérant qui, au moyen d'un bus, sillonne son territoire pour aller à la rencontre des jeunes. Cette contribution métaphorise, dans sa simplicité, la plupart des éléments présentés dans ce dossier. Elle nous est proposée par C. Garnier, psychologue en PAEJ et en ML, et L. Clouzeau, psychologue clinicienne et fondatrice du dispositif, qui nous a récement quitté en nous laissant en héritage sa fraîcheur et son envie d'innover.

En filigrane, ces nouvelles pratiques cliniques repositionnent le psychologue comme acteur social dans la cité dont l'action révèle un inévitable sens et engagement politique.

Elles posent, comme toutes les pratiques d'*équipes de liaison, d'équipes d'interface* ou encore d'équipes dites *carrefour précarité*, la question d'une éventuelle nouvelle étape de décloisonnement de la psychiatrie, après celle de la création des CMP dans les années 70.

N'est-ce pas souvent à la marge que s'expérimentent, s'ajustent et s'affinent les nouveaux dispositifs de prévention et de soins ?

Christis Demetriades

La santé mentale des jeunes en insertion

Etude conduite dans les Missions locales et les Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie

C. Chatain, E. Labbe, C. Duprè et J.-J. Moulin (CETAF),
P. Catel (CNML),
C. Demetriades (Mission locale Villeurbanne)
et L. Gerbaud (CHU Clermont-Ferrand)

Les intervenants sociaux et sanitaires sont souvent confrontés à la souffrance et au mal-être des jeunes en insertion (non scolarisés et sans emploi). La santé mentale est devenue une préoccupation de santé publique. Or, le manque de données sur la population en insertion constitue un obstacle à la prise en compte d'éventuelles difficultés particulières de cette population. Pour mieux connaitre la santé mentale des jeunes en insertion, une étude a donc été menée par le CNML, la CNAMTS et le CETAF.

Méthodologie

Un auto-questionnaire a été administré de manière anonyme, entre juin et juillet 2010, dans 115 Missions locales et 74 Centres d'examens de santé répartis sur le territoire français. Il renseigne la situation socio-économique, la vulnérabilité sociale (à partir du Score Epices [1]), l'état psychologique (à partir de l'échelle ADRS [2]), la santé perçue, les consommations, les événements de vie, les tentatives de suicide, les pensées suicidaires, les comportements violents et les violences subies.

Au total, 4282 jeunes ont répondu au questionnaire (2192 jeunes, soit 51%, vus dans les Missions locales et 2090 jeunes, soit 49%, vus dans les Centres d'examens de santé). 56% sont des femmes. L'âge moyen est de 20,9 ans (ET = 2,6 ans). Le taux de refus de remplissage du questionnaire est de 8% : 13% dans les Missions locales et 4% dans les CES.

13 catégories de population de jeunes ont été définies en fonction de leur situation par rapport à l'emploi. Les jeunes ont ensuite été classés dans 5 grandes catégories : *inactifs*, *en alternance*, *en apprentissage*, *scolaires* ou e*n activité professionnelle*.

Les analyses portent, d'une part, sur l'état de santé mentale et de vulnérabilité des différentes catégories de jeunes étudiées, en comparaison à la population des jeunes en CDI (population de référence) et, d'autre part, sur les corrélations entre certains événements de vie vécus pendant l'enfance et la santé mentale. Les méthodes d'analyse reposent sur la régression logistique avec ajustement sur l'âge et le sexe. Pour étudier les relations entres les événements de vie et la santé mentale, les analyses ont également été ajustées sur la situation par rapport à l'emploi.

Lexique et références

CNML : Conseil National des Missions Locales
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de santé
Score EPICES : score permettant de quantifier le niveau de vulnérabilité sociale et de précarité d'une personne. Il varie de 0 (absence de vulnérabilité) à 100 (maximum de vulnérabilité).
Le seuil de précarité est défini à ≥ 30

1 : Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, Giordanella JP, Girard F, Guénot C, Labbe E, La Rosa E, Magnier P, Martin E, Royer B, Rubirola M, Gerbaud L, Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction et évaluation du score dans une population de 197389 personnes. Bull Epidemiol Heb 2006;(14):93-6.
2 : Revah-Levy A, Birmaher B., The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. BMC Psychiatry 2007;(7):2

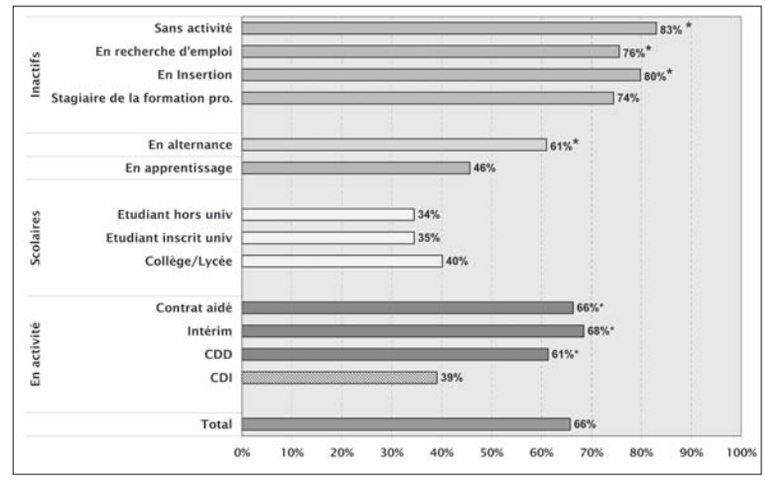
Résultats

1. *Les indicateurs de santé mentale en fonction de la situation en matière de formation/emploi.*

Le graphique 1 nous montre les résultats en matière de **vulnérabilité sociale**, selon le score EPICES.

Lorsque les différences sont significatives, elles sont indiquées sur le tableau par une étoile*. **Nous remarquons que la catégorie « jeunes inactifs » est 2 fois plus souvent en situation de vulnérabilité (de 74 à 83%) que les jeunes en CDI (39%). Les taux sont particulièrement élevés pour les jeunes se déclarant sans activité.**

Graphique 1. Vulnérabilité sociale selon EPICES (%)

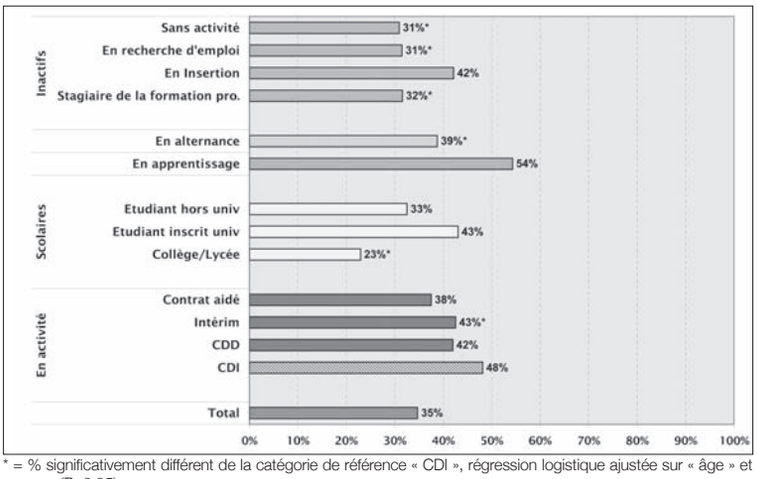


* = % significativement différent de la catégorie de référence « CDI », régression logistique ajustée sur « âge » et « sexe » (P<0,05)

Le graphique 2 aborde la **consommation d'alcool** à partir des résultats à la question «avez-vous consommé de l'alcool plus de trois fois au cours des 30 derniers jours » ? Le risque de consommer de l'alcool est significativement plus faible dans les groupes des jeunes inactifs comparés aux jeunes en CDI. Ce sont les jeunes en apprentissage qui déclarent le plus souvent consommer de l'alcool.

En revanche, à la question « avez-vous été ivre plus de 3 fois au cours des 12 derniers mois », aucune différence significative n'apparait entre les différentes catégories de jeunes, qui répondent positivement à environ 21%

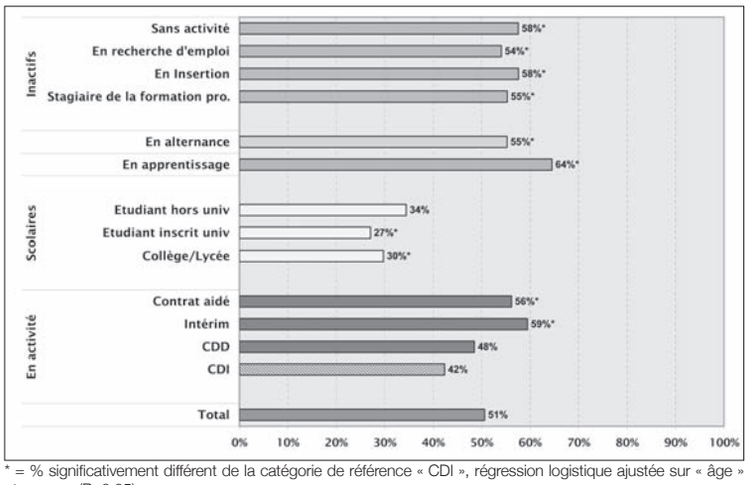
Graphique 2.
Consommation d'alcool par catégories de jeunes (%)
« Avoir consommé de l'alcool, 3 fois ou plus au cours des 30 derniers jours »



* = % significativement différent de la catégorie de référence « CDI », régression logistique ajustée sur « âge » et « sexe » (P<0,05)

Le graphique 3 représente la **consommation de tabac**. Les jeunes inactifs ont 1,3 fois plus de risque d'être fumeurs que les jeunes actifs en emploi stable (CDI). Par ailleurs, on trouve moins de fumeurs chez les étudiants et les jeunes scolarisés.

Graphique 3.
Consommation de tabac par catégories de jeunes (%)
« Être fumeur actuellement »

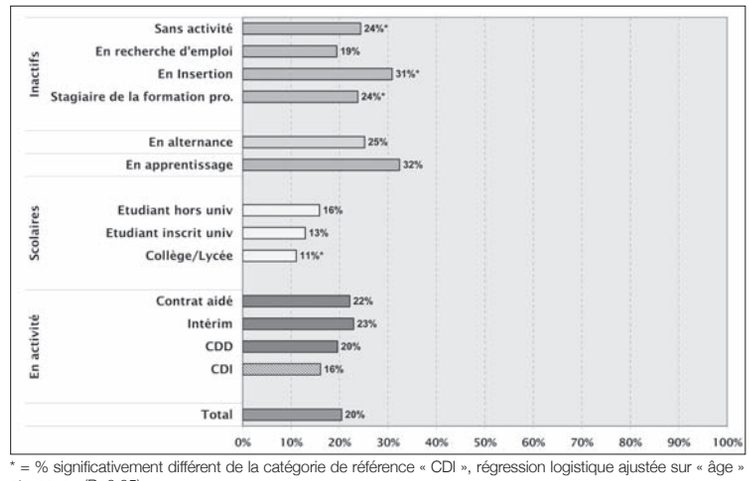


* = % significativement différent de la catégorie de référence « CDI », régression logistique ajustée sur « âge » et « sexe » (P<0,05)

Le graphique 4 illustre les résultats en matière de **consommation de cannabis** au cours des 30 derniers jours. La catégorie des jeunes inactifs déclare avoir fumé du cannabis à un pourcentage significativement plus important que celui de la catégorie de référence (jeunes en CDI). Les lycéens et collégiens déclarent moins souvent consommer du cannabis que les autres jeunes.

Ainsi, la cigarette et le cannabis sont consommés plus fréquemment chez les jeunes inactifs ou en situation précaire en matière d'emploi, tandis que la consommation d'alcool est plus fréquente chez les jeunes en apprentissage et en contrat CDI.

Graphique 4.
Consommation de cannabis par catégories de jeunes (%)
« Avoir consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours »

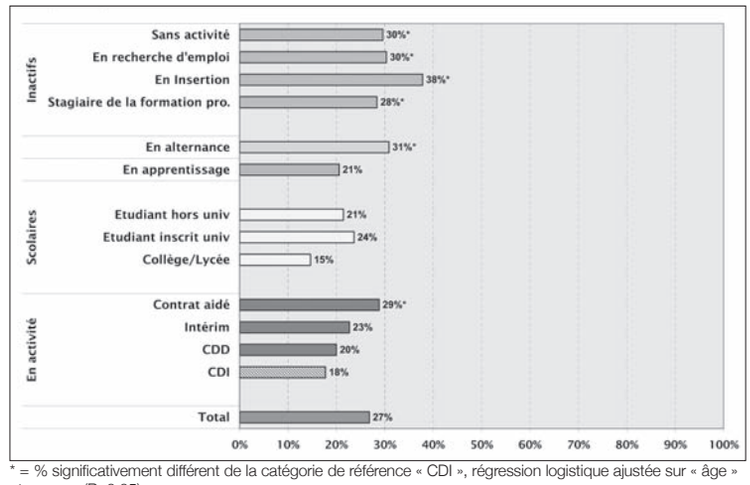


* = % significativement différent de la catégorie de référence « CDI », régression logistique ajustée sur « âge » et « sexe » (P<0,05)

Le graphique 5 donne les résultats en matière d'**autoperception négative de sa santé**. Seuls les jeunes scolarisés ont une perception de leur santé comparable à celle des jeunes en CDI ou CDD.

Les jeunes inactifs ont une bien plus mauvaise perception de leur santé que la catégorie de référence.

Graphique 5.
Mauvaise santé perçue par catégories de jeunes (%)
Perception négative de la santé



* = % significativement différent de la catégorie de référence « CDI », régression logistique ajustée sur « âge » et « sexe » (P<0,05)

Les violences agies ou subies

Les jeunes inactifs déclarent « avoir souvent un comportement violent » 6 à 10 fois plus fréquemment que les jeunes en CDI (environ 1%). Le taux le plus élevé concerne les jeunes en apprentissage (15%). Parmi les jeunes en activité, ce sont les jeunes en contrat aidé et les intérimaires qui déclarent le plus de comportements violents, soit respectivement 8 et 6 %.

Les jeunes inactifs déclarent aussi plus souvent avoir subi des violences psychologiques, physiques ou sexuelles que les jeunes actuellement en CDI :

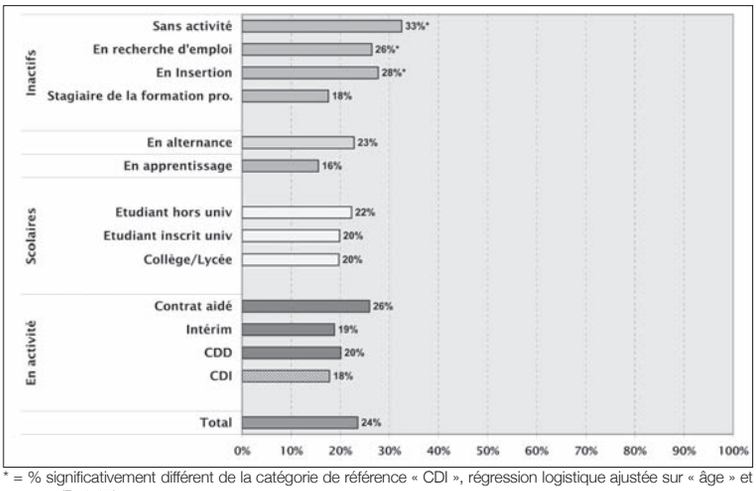
- les prévalences pour les *violences psychologiques* varient de 36% à 43% pour les inactifs (stagiaires de la formation professionnelle, en insertion, en recherche d'emploi et sans activité), contre 27% chez les actifs en CDI ;
- les prévalences pour les *violences physiques* varient de 32% à 37% pour les inactifs, contre 24% chez les actifs en CDI ;
- les prévalences pour les *violences sexuelles subies* varient de 11 à 17% pour les jeunes inactifs, contre 7% pour les jeunes en CDD ou CDI.

Ainsi, les jeunes inactifs déclarent 6 à 10 fois plus fréquemment avoir un comportement violent et sont, par ailleurs, 1,4 à 2,7 fois plus à risque de subir des violences psychologiques, physiques ou sexuelles que les jeunes en CDI. **La violence agie ou subie est corrélée à l'inactivité et la précarité en matière de formation/emploi.**

La souffrance psychologique

D'après les résultats de l'échelle ADRS, les jeunes en insertion (28%), en recherche d'emploi (26%) ou sans activité (33%) ont environ 1,5 fois plus de risque d'être en mal-être que les actifs en CDI (18%). En revanche, selon l'ADRS, les différences ne sont pas significatives entre les différentes catégories de jeunes en matière de dépression avérée, les taux variant entre 5 et 8%.

Graphique 6. Souffrance psychologique – ADRS (%)
Score ≥ 4



* = % significativement différent de la catégorie de référence « CDI », régression logistique ajustée sur « âge » et « sexe » (P<0,05)

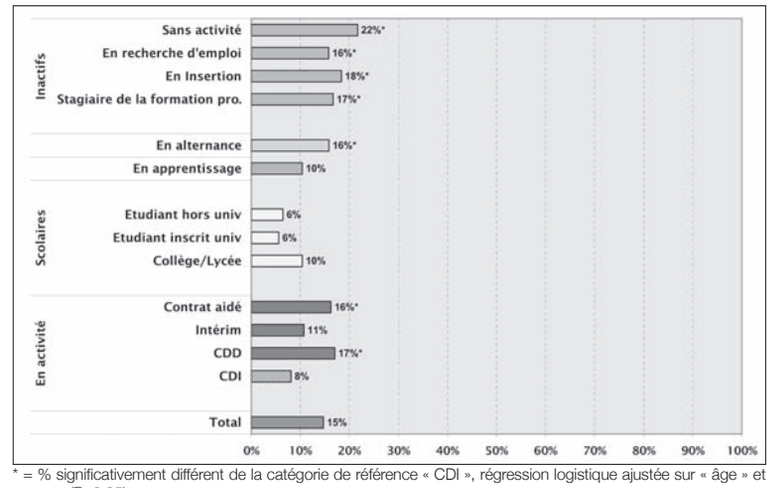
Le suicide

32% des jeunes déclarent avoir pensé au suicide de façon vague. Les différences sont significatives entre les jeunes en CDI (28%), les sans activité (35%) et les jeunes en insertion (41%). De même, 13 à 16% des jeunes inactifs et 18% des contrats aidés ont déjà envisagé sérieusement de se suicider versus 7 % chez les jeunes en CDI, soit 2 fois plus.

Comme nous pouvons le voir sur le graphique 7, 16% à 22% des jeunes inactifs, 16% des jeunes en alternance ou en contrat aidé et 17% des CDD déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide contre « seulement » 8% chez les jeunes en CDI.

Ainsi, **les jeunes inactifs ont 2 fois plus de risques d'avoir fait une tentative de suicide que les jeunes actifs en CDI**. En revanche, on ne constate pas de différences significatives avec la catégorie de référence pour les jeunes scolarisés (Taux entre 6 et 10%), en apprentissage (10%) ou en intérim (11%).

Graphique 7. Avoir fait une tentative de suicide (%)



* = % significativement différent de la catégorie de référence « CDI », régression logistique ajustée sur « âge » et « sexe » (P<0,05)

2. Événements traumatogènes et santé mentale des jeunes

Les jeunes sans activité (19%) et les jeunes en insertion (18%) sont quatre fois plus nombreux à déclarer avoir eu une enfance malheureuse que les jeunes en CDI (4%), qui ne présentent pas de différence significative avec les scolaires et lycéens (5 à 8%).

Or, parmi les jeunes ayant déclaré avoir vécu une enfance ou une adolescence plutôt malheureuse, 62% ont pensé au suicide de façon vague, 36% ont envisagé sérieusement de se suicider et 41% déclarent avoir fait une tentative de suicide. Les différences sont très significatives avec la catégorie des jeunes ayant vécu une enfance « ni heureuse, ni malheureuse », « plutôt heureuse » ou « tout à fait heureuse » : respectivement 27% ont vaguement pensé au suicide, 9% l'ont pensé sérieusement et 11% sont passés à l'acte.

En matière d'événements de vie :

- il existe 1,5 fois plus de risque d'être en souffrance psychologique et 2 fois plus de risque de tentatives de suicide parmi les jeunes ayant vécu une maladie grave des parents ou la rupture avec ces derniers ;

- parmi les jeunes ayant vécu une rupture avec les deux parents, 49% ont pensé au suicide de façon vague et 31% déclarent avoir fait une tentative de suicide, versus 28% ayant pensé au suicide et 10% ayant fait une tentative de suicide parmi les jeunes qui n'ont pas vécu cet événement ;
- parmi les jeunes ayant vécu le divorce ou la séparation de leurs parents, 39% ont pensé au suicide de façon vague, 16% ont envisagé sérieusement de se suicider et 20% ont fait une tentative de suicide, *versus* 26% qui ont vaguement pensé au suicide, 10% qui ont pensé sérieusement et 11% qui sont passés à l'acte dans la catégorie des jeunes qui n'ont pas vécu ces événements ;
- parmi les jeunes ayant vécu la maladie, le handicap, la dépression, l'alcoolisme ou un accident grave du père ou de la mère, 48 % ont pensé au suicide de façon vague, 21% l'ont envisagé sérieusement et 24% déclarent avoir fait une tentative de suicide, *versus* respectivement 24%, 8% et 10% chez les jeunes qui n'ont pas vécu ces événements ;
- les jeunes ayant l'objet d'une mesure judiciaire ou éducative ont 2,6 plus de risque de commettre une tentative de suicide (29% *versus* 12%).

En revanche, nous pouvons remarquer que les indicateurs de mal-être et de suicide ne sont pas liés au décès d'un ou des deux parents, à l'exception des *pensées suicidaires vagues*.

Ainsi, peuvent s'établir des corrélations entre, d'un côté, le sentiment d'avoir vécu une enfance malheureuse et le fait d'avoir vécu certains événements traumatogènes (maladie grave des parents, rupture avec eux, divorce, mesure éducative ou judiciaire) et, de l'autre, la souffrance psychologique et les tentatives de suicide.

Conclusion

Cette enquête qui portait sur 4282 jeunes de 16 à 25 ans n'a pas pour vocation d'être représentative de la population des jeunes en France. Les lieux où elle a été menée (ML et CES) l'orientent d'emblée vers une population en situation de vulnérabilité sociale (62% des jeunes étudiés ont un niveau inférieur au Baccalauréat, ce qui est bien inférieur au niveau scolaire moyen des jeunes en France). Elle propose donc davantage un état des lieux en matière de santé mentale des jeunes en insertion.

Cet état des lieux permet de constater que **les jeunes inactifs ou en insertion sont en bien plus grande vulnérabilité sociale et ont plus de risques de mal-être et de souffrance que les jeunes actifs en contrat à durée indéterminée.**

En effet, les violences agies ou subies, les idées noires, les tentatives de suicide, la consommation de tabac et de cannabis et l'auto-perception négative de leur santé sont significativement plus élevés chez les jeunes en situation précaire ou inactifs que chez les jeunes en emploi.

De plus, les difficultés rencontrées dans l'enfance (maladies, séparations, ruptures) seraient significativement liés aux indicateurs de mal-être et de souffrance psychologique ; ce qui s'ajoute au constat que les jeunes inactifs ou en insertion sont quatre fois plus nombreux à avoir le sentiment d'avoir eu une enfance malheureuse.

Cette étude établit donc l'existence de fortes corrélations entre inactivité (ou précarité en matière d'emploi), vulnérabilité sociale, événements traumatogènes vécus dans l'enfance et souffrance psychique. Des résultats qui soulignent l'importance de prendre en compte la souffrance et le mal-être des jeunes dans leur parcours d'insertion, dans le cadre d'une approche globale des difficultés de cette population.

Carine Chatain, Émilie Labbe, Caroline Duprè,
Jean-Jacques Moulin, Pierrette Catel,
Christis Demetriades et Laurent Gerbaud

Portrait bref des postes de psychologues intervenant en Missions Locales

Au printemps 2011, 136 psychologues, répartis dans 22 régions, ont répondu à un questionnaire au sujet de leur fonction et de leur poste[1]. En voici un petit tour d'horizon. En moyenne, le temps de présence des psychologues en mission locale est de 42 % ETP[2]. Un tiers déclarent un temps de présence inférieur à 20 % et un quart avoisine les 50 % ETP. Un tiers des psychologues interviennent dans deux missions locales et plus.

Les postes

La plupart des postes occupés ont été créés à partir de 1995, avec une certaine régularité depuis (7 postes par an en moyenne). 60 % ont pris leur fonction sur un poste déjà existant. La plupart des prises de postes ont eu lieu à partir de 2004 et plus de 50 % à partir de 2008. Environ 20 % des psychologues sont rattachés à la fonction publique hospitalière (la plupart étant contractuels). Un peu plus de la moitié sont directement employés par une mission locale. Les organismes les plus présents dans les financements des postes sont l'Agence Régionale de Santé, les conseils régionaux, les conseils généraux, les communes et le fond d'aide pour les jeunes.

Les activités

L'écoute et le soutien du public en individuel constituent l'activité omniprésente des psychologues. Viennent ensuite des activités de soutien aux équipes au quotidien, l'orientation et l'accompagnement du public en direction de structures extérieures et le développement de partenariats. Les réponses suggèrent qu'il y aurait deux composantes principales de l'activité des psychologues après l'écoute et le soutien du public : une activité de liaison (le soutien aux équipes au quotidien, l'orientation vers l'extérieur, le partenariat) et une activité « institutionnelle » (travail institutionnel, soutien aux équipes en groupe, analyse de pratique). La première composante est quasi systématique dans les activités des psychologues en mission locale, excepté pour les psychologues en vacation. En revanche, la seconde composante est liée au temps de présence. Plus le temps de présence est important et plus cette composante est présente.

Ces résultats peuvent montrer que les psychologues en Mission Locale ont un temps de présence très faible, que leur activité principale est la rencontre du public en individuel. L'augmentation du temps de présence permet de diversifier leurs activités.

Jeremy Methivier,
psychologue

1 D'après les résultats du questionnaire des « Psy intervenant en Missions Locales et PAIO » (2011).

2 ETP : équivalent temps plein. Un temps plein correspondant à 100%.

De la construction de la demande de soin en Mission Locale : paradoxes et spécificités

Maryline Amato, Christel Blanchard, Florence Mollier, Béatrice Wolfrom-Bertier

Les Missions Locales ont pour vocation l'accompagnement du parcours d'insertion des jeunes de 16 à 25 ans. Nombre de ces jeunes sont dans des situations d'échec et de précarité qui rendent périlleux et fragile le passage vers l'âge adulte, vers une identité sociale stabilisée organisée autour d'un projet de vie personnel et professionnel.

Détresse sociale et détresse psychique se conjuguent et viennent s'alimenter l'une l'autre. Elles ont à être repérées et entendues dans le travail d'accompagnement vers l'emploi.

La place de psychologue au sein d'une Mission Locale interroge et demande de s'inscrire dans un fonctionnement paradoxal à plusieurs titres :

- Celui qui concerne le jeune, venu faire une démarche d'aide à l'insertion professionnelle et engagé à faire une autre démarche décalée de la demande initiale, mais en lien avec elle ;
- Celui de proposer au jeune de se mettre dans une temporalité décalée de sa démarche initiale : d'une part demander un emploi, chercher à rapidement s'insérer et par ailleurs prendre le temps de se « poser » pour « explorer », même *a minima*, une réalité interne qui aujourd'hui compromet, en partie, cette attente première, ce qui constitue une explication complémentaire à la seule réalité externe difficile (enjeux économiques et sociétaux) ;
- Paradoxe encore dans l'adresse. En effet, c'est au sein de la même institution (Mission Locale) que le conseiller adresse un jeune à un collègue psychologue à la fois dans et hors de l'institution (issu d'une autre institution, la psychiatrie, et mis à disposition de la ML) de qui il accepte de ne pas attendre de réponse concrète pour réaliser sa propre Mission d'accompagnement et la confidentialité des échanges (partage d'un « savoir » au sujet de l'histoire du jeune). Cela signifie aussi pour le conseiller qui adresse vers cet autre que représente le « psy », d'en reconnaître lui-même l'utilité et au-delà, d'être convaincu sur le bien-fondé de la démarche pour autrui, un peu à l'image des parents qui demandent de l'aide pour leur enfant et acceptent par là même de se confronter à la limite de leur « puissance ».

C'est à l'occasion d'un premier entretien ou dans le constat d'une difficulté (répétée ou non) à exercer sa Mission première d'insertion qu'un conseiller va encourager le jeune à faire une démarche de prise de rendez-vous avec le psychologue présent dans l'institution. Les jeunes, en général, ne formulent pas d'emblée de demande de prise en charge alors même que leur souffrance psychologique est patente. En effet, nous constatons que plus le jeune est en souffrance, moins il semble enclin à demander de l'aide et que la question du lien est au centre de la problématique à l'œuvre. Ces jeunes sans demande dénient activement une souffrance pourtant devenue manifeste.

La demande est alors suggérée, encouragée, voire accompagnée par les conseillers de la Mission Locale, et la question du désir du jeune face à ce type de démarche s'impose donc presque systématiquement. Le but premier est d'aider le jeune à comprendre et surmonter ce qui le met en souffrance. C'est souvent l'attitude volontariste de son conseiller qui soutient la formulation d'une demande d'aide. En effet, si demande il y a de la part des jeunes les plus en souffrance, elle n'est possible qu'avec l'incitation d'un tiers engagé dans la contenance quotidienne ; un médiateur en capacité d'identifier cette souffrance et d'accompagner le jeune vers un autre professionnel chargé de s'en préoccuper à ses côtés.

L'accès d'un sujet à une demande d'aide suppose :

- une capacité à percevoir sa propre souffrance ;
- une capacité à supporter l'établissement d'un lien avec un autre, le professionnel auquel il s'adresse, dans l'asymétrie de la rencontre et à supporter le déploiement d'un lien psychique suffisamment investi.

Il est souvent difficile de faire l'économie de l'histoire subjective de la personne dans les problématiques d'insertion et d'intégration. Les pratiques ne se substituent pas les unes aux autres, mais se complètent pour accompagner le jeune dans sa globalité.

Les jeunes reçus à la Mission Locale présentent des formes diffuses ou atypiques de la nosographie recoupant les signes cliniques les plus divers et/ou les plus alarmants. La souffrance et le malaise peuvent se donner à voir à travers des formes agies qui traduisent ce que le mot ne peut plus conter.

Lorsque l'expression du conflit ne peut être symbolisée, elle est projetée sur le monde extérieur supposé responsable de ce qui fait souffrir. Pris dans une frilosité, voire une hostilité relationnelle, n'exprimant pas verbalement leur souffrance psychique, il semble alors difficile que les jeunes puissent formuler une demande. Énoncer une demande implique d'être dans la parole, prêt à s'engager dans une rencontre avec un autre différent de soi, dans une temporalité autre que l'immédiateté.

Aussi, l'importance du travail psychique qui sous-tend la démarche est à ne pas sous-estimer. On demande au jeune de penser alors que c'est à tout prix ce qu'il essaye d'éviter.

Certains jeunes honorent difficilement leurs rendez-vous ; ils viennent, puis s'absentent de leurs rendez-vous, puis ils reviennent, en faisant vivre aux professionnels l'attente, l'impuissance, l'agressivité ; à l'instar de l'adolescent vis-à-vis de ses parents. Plus généralement, travailler dans l'insertion demande d'être en capacité de se confronter aux « attaques répétées du lien » de ces jeunes, qui sont souvent, par ailleurs, en rupture familiale et sociale.

Les jeunes se sont coupés de leur psychisme faute de n'avoir pu en décoder les manifestations et, par voie de conséquence, le sens. Ils sont confrontés à leur vie psychique comme autant « d'énigmes impénétrables ».

La non-fréquentation du psychisme serait alors à envisager comme un processus de défense contre des angoisses impensables. Ce processus attaque la fonction de penser (le contenant) pour ne plus avoir à traiter les pensées (le contenu).

C'est un lent travail de mise en représentation que celui qui consiste à reconstruire l'histoire d'un sujet avec ses aléas traumatiques, mais au moyen duquel pourra patiemment advenir une certaine continuité psychique, avec une progressive restauration des contenants de pensée.

Le psychologue est confronté aux dégâts de la déliaison, aux difficultés, voire au vide, de pensée, qui interdisent, chacun à leur manière, au sujet d'élaborer et de comprendre son malaise. C'est une situation paradoxale où ce qui permettrait au sujet de sortir de la crise, c'est-à-dire représenter, penser, lier, est précisément ce qui l'empêche de la résoudre.

En deçà de cette mise en représentation, le travail d'accompagnement psychologique en Mission Locale vise à éveiller la possibilité pour le jeune de figurer ses affects, première marche de ce long travail de symbolisation.

Il s'agit de créer un espace de jeu (avec les mots, les pré-représentations, les ressentis, les émotions, les affects...) qui permette de mettre en œuvre les capacités de symbolisation et d'ouvrir la voie vers un travail de psychothérapie, à envisager dans un second temps, dans un autre cadre et avec une autre personne.

La relation à l'autre peut alors advenir dans cette aire de jeu où s'expérimente le premier temps d'une expérience relationnelle facilitée par un cadre sécurisant où le psychologue peut accompagner sans les contrecarrer les mouvements positifs et négatifs du jeune, entre investissement et repli.

C., 20 ans, me rencontre pour un premier entretien. Il n'a pas de demande précise. Il vient orienté par la conseillère de la Mission Locale. Elle lui a dit que « ce serait bien pour lui ». Il parle aisément de son parcours scolaire et professionnel. Il a obtenu un bac scientifique à l'issue duquel il a recherché des formations en alternance, qui n'ont pu aboutir faute de stage. À l'exception de courtes périodes de travail en intérim, il est inactif depuis deux ans. Il présente une surcharge pondérale importante dont il ne parle pas. Il raconte son histoire sans affects. Il vit seul avec son père et passe son temps sur l'ordinateur, à jouer en réseau. Il ne sort pas et dit ne pas voir « d'intérêt dans les relations humaines » si ce n'est celles qu'il partage en réseau sur le net. Il dit ne ressentir aucun manque, ne pas souhaiter changer et ne pas savoir pourquoi il devrait travailler ou entreprendre une formation. Il recourt au travail en intérim lorsqu'il a besoin d'argent. Venu me rencontrer « par curiosité », il accepte d'autres entretiens où progressivement émerge une demande sous-jacente d'appréhender ce qui le met en difficulté dans le lien social, dans la relation à l'autre qu'il fuit, où face auquel il a le sentiment de jouer un rôle comme dans ses jeux vidéo. Le cadre peu contraignant de nos rencontres dont il a la possibilité de se défaire sans « conséquences » favorise le maintien du lien.

Du côté du psychologue, il s'agit de savoir organiser cette première rencontre d'une façon qui soit supportable par le jeune, c'est-à-dire en aménageant par avance des conditions qui permettent de respecter autant que possible les défenses qu'il a mises en place pour protéger son narcissisme ; respecter sa crainte du lien et des conséquences qu'il lui prête : les risques de répétition d'intrusion ou d'abandon, les risques de dépendance qui rendent la relation à l'autre si menaçante. Si l'expérience nous montre combien il est souvent difficile pour un jeune d'honorer, en particulier, la première rencontre avec le psychologue alors qu'il a pris rendez-vous avec l'appui du conseiller, elle nous apprend aussi à faire avec ce temps indispensable qui permet au jeune de se saisir lui-même de cette demande pour que la rencontre ait lieu.

Nous prenons soin, lors des premiers entretiens, de préciser qu'un nombre limité de rencontres vont avoir lieu à l'issue desquels sera envisagée ensemble, la suite à donner : reconduction d'autres entretiens, mise en route d'une psychothérapie à l'extérieur de la Mission Locale, arrêt des entretiens, autre indication…

Karine, 19 ans, vient rencontrer la psychologue, orientée par la conseillère emploi-formation. Elle a un bac littéraire. Elle se décrit actuellement dans une impasse, ne sachant vers quoi s'orienter. Elle sait seulement, après 4 mois de stage en milieu hospitalier, que ce milieu ne lui convient pas. Karine vient parler en s'appuyant sur une demande d'orientation professionnelle, demande portée par le conseiller et soutenue par la psychologue. Dans un deuxième temps, Karine peut progressivement « se raconter » et aborder un syndrome dépressif survenu à l'adolescence, pour lequel elle a pu consulter ponctuellement et prendre un traitement, mais n'a jamais entrepris de travail psychothérapique, trop inquiétant pour elle. C'est au détour de la question de son orientation qu'elle va pouvoir mettre en représentation une répétition de vécus traumatiques autour de la mort, de la maladie chez ses proches, qui aujourd'hui l'empêche de se projeter dans un avenir et d'être dans des liens satisfaisants avec son groupe de pairs.

La relation peut ainsi perdurer sans enfermer les protagonistes dans une relative fixité programmée, chacun gardant en quelque sorte la possibilité de la faire cesser à tout moment. Cette dimension de malléabilité nous semble tout à fait essentielle, d'une part en raison de la grande frilosité relationnelle décrite plus haut, mais aussi, en ce qu'elle rappelle la nécessaire « adaptation de l'environnement primaire aux besoins de l'enfant ». Cette malléabilité tente de construire un cadre suffisamment bon et suffisamment contenant pour permettre au sujet de déployer l'expérience de la maîtrise de sa pensée, de ses émotions au travers d'une relation à un objet qu'il va pouvoir se donner l'illusion de maîtriser la rencontre, et cela grâce à l'expérience parfois inaugurale d'une relative passivité de l'objet (le clinicien) capable de supporter une mouvance d'investissements sans être détruit. Cette malléabilité vise ainsi à respecter les défenses de sujets pour lesquels la peur du psychique n'a d'égale que la violence de la souffrance qui la génère à l'arrière-plan. Elle tente aussi de circonvenir aux risques de décompensation ou d'agir qu'une confrontation avec le psychique pourrait induire ou provoquer.

Il nous faut prendre ce temps, indispensable au regard de la fragilité de ce public, qui consiste à créer avec l'aide du sujet une « aire d'expérience commune », étayage nécessaire pour ensuite rendre possible la mise en sens et la mise en mots.

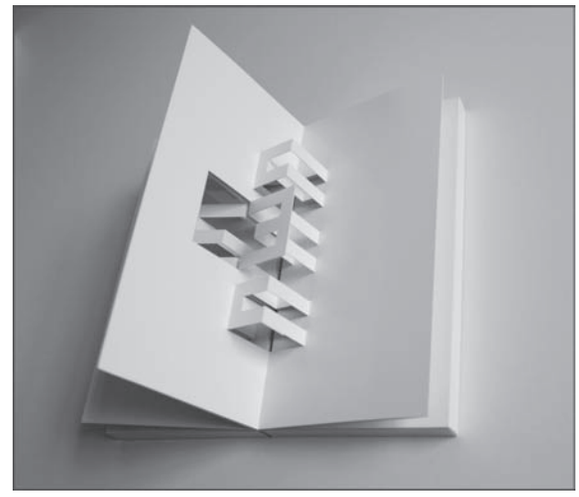
Participer d'un « environnement suffisamment bon », c'est laisser la place au manque et mettre des limites. En effet, c'est dans l'expérience même de ce manque que la parole peut advenir.

Il s'agit d'un temps transitionnel, d'un entre-deux où il devient progressivement possible d'étayer, de soutenir le jeune dans ses questionnements, avec une écoute qui tente de se dégager de la prescription sociale tout en y étant étroitement liée et où le travail réside surtout dans l'accompagnement du jeune vers une première mise en sens de ce qui compromet, voire entrave son projet professionnel.

Maryline Amato
Christel Blanchard
Florence Mollier
Béatrice Wolfrom-Bertier
Psychologues du Centre Hospitalier Alpes Isère

Dispositifs orioplastiques pour des jeunes en souffrances d'exclusion

Christis Demetriades



Une vingtaine d'années sont passées depuis la mise en place, à titre expérimental, des premiers postes de psychologues au sein des Missions Locales (ML), pour prendre en compte les *souffrances qu'on ne peut plus cacher* (Lazarus/Strohl), *souffrances en rapport avec l'exclusion*, qui ont donné lieu à tous les travaux de l'ONSMP/ORSPERE sur *les cliniques de la précarité* (J. Furtos).

Rapidement réunis en groupe régional de psychologues intervenant en ML ou en Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), puis progressivement en groupe régional et en réseau national réunissant seulement des psychologues/psychiatres intervenants à l'intérieur des ML, nous avons ainsi essayé de prendre en compte une double nécessité : rompre l'isolement inhérent à notre place de professionnels du soin psychique décalés dans le champ de l'insertion, et construire progressivement un référentiel métier, en appui sur une dialectique continue entre nos bricolages cliniques et la théorie psychanalytique.

La question de nos dispositifs cliniques était centrale depuis nos premières rencontres, puis dans notre première publication groupale dans un dossier paru dans le Journal des Psychologues en octobre 2002, avec peut-être à l'époque une relative confusion entre les notions de cadre et de dispositifs. Emboîtés dans des ML, nos dispositifs d'entretiens ou de groupes sont dans un rapport dialectique à la fois avec le cadre institutionnel et avec notre cadre interne. Ils sont avant tout construits en fonction *des sujets qu'ils sont censés accueillir et de l'étape du travail de symbolisation qu'ils visent à accompagner* (R. Roussillon, 2010/2).

Ainsi, proposer la notion de *souffrances d'exclusion*, et non *en rapport* avec l'exclusion, présente l'intérêt de situer immédiatement à la fois la problématique de la majorité de jeunes que nous accueillons et l'endroit où doit se situer notre travail clinique. Cela permet de mettre l'accent sur l'indissociabilité de ces souffrances des phénomènes d'exclusion sociale, telle qu'elle se présente à nous dans le travail clinique, c'est-à-dire sous la configuration d'un *collapsus topique* (C. Janin) entre exclusion de la scène sociale et de la scène subjective-intrapsychique. Nous appellerons *souffrances d'exclusion*, les *souffrances narcissiques et identitaires* (R. Roussillon, 2010/1) qui se réactivent, se dévoilent et se déploient sur la *scène de l'insertion* : une scène complexe, composée de multiples *espaces des liens inter et trans-subjectifs* (R. Kaës, 2010), qui, en appui, sur des *objets sociaux* (J. Furtos) relativement malléables de l'insertion, ouvre une *aire de jeu* (D.W. Winnicott).

L'origine de ces souffrances est certes à rechercher du côté de l'*effritement de la société salariale*, qui produit la *désaffiliation* d'une partie de la population, victime de la société néolibérale (R. Castel), mais aussi du côté de ce que les *violences sociales humiliantes réactivent des fragilités relationnelles et affectives* antérieures du sujet (V. de Gaulejac). Elle est du côté de l'*organisation du travail autour de la performance, de l'évaluation individualisée et de la qualité totale* (C. Dejours), mais aussi du *syndrome d'auto-exclusion* (J. Furtos). L'*étiologie* de l'exclusion est donc *circulaire et multifactorielle et non linéaire* (P. Declerc).

Ainsi, la problématique centrale autour de laquelle, nous, cliniciens, avons été invités à travailler au sein des ML est celle de l'impossible passage de l'adolescence à la vie adulte de certains jeunes 16-25 ans. Le processus d'insertion sociale et professionnelle de ces jeunes paraît bloqué et leur parcours révèle une telle répétition de mise en échec que la scène sociale semble dépositaire d'un *futur déjà mort* (R. Kaës, 2009/3). Ces jeunes n'accèdent aux dispositifs de psychiatrie publique qu'en situation de décompensation ou de crise aiguë, alors qu'ils affluent dans les permanences de psychologues au sein des ML.

La question fondamentale est donc celle des conditions permettant l'engagement et le déploiement de processus de soin psychique pour ces sujets, et ce, à partir d'une institution dont la tâche primaire est celle de l'insertion. Car, à la différence des grands exclus, désarrimés, errants, *surnuméraires désaffiliés* (R. Castel) et autres *naufragés* (P. Declerc), pour lesquels le travail commence par la proposition d'un *lien d'amarrage* (C. Pitici), nos jeunes en souffrances d'exclusion essaient de prendre appui, parfois s'accrochent ou même s'agrippent aux équipes des ML, sans pour autant arriver à enrayer la répétition. Ces jeunes sont, en quelque sorte, à l'image de ce que R. Castel a reproché aux politiques d'insertion : ils évoquent le travail de Sisyphe poussant son rocher qui toujours re-dévale la pente au moment d'atteindre le sommet, car il est impossible de le caler à une place stable. Ils sont menacés de basculer de la vulnérabilité psychique et sociale à la désaffiliation et/ou la perte du lien avec la réalité.

Nous étions confrontés, il y a à peine quinze ans, à des jeunes qui attaquaient violemment les objets sociaux et les liens qui leur étaient proposés, en ouvrant ainsi la possibilité d'une éventuelle inter-action, se proposant au jeu psychodramatique du lien, susceptible de leur permettre d'intégrer leur destructivité. Nous sommes, quelques années plus tard, « réduits » à essayer de créer un lien avec des jeunes qui « se cachent pour mourir » et nous « protègent », en nous laissant le choix de les ignorer, de ne pas les voir et de ne pas les entendre. Ce sont toujours les mêmes souffrances d'exclusion qui s'expriment, mais elles empruntent des voies différentes pour « s'adapter » au contexte social actuel.

Comment amener ces jeunes à prendre le risque du lien, plutôt que de se réfugier dans le repli défensif d'un lien virtuel et des conduites d'auto-exclusion ? Telle est la question qui sous-tend la mise en place de nos disposi-

tifs cliniques, qui auront donc pour objectifs de relancer et soutenir un double travail de liaison, intrapsychique et intersubjectif.

Mettre en lumière, analyser et rendre intelligibles les invariants de nos dispositifs cliniques est un travail constant sur la dialectique transféro-contre-transférentielle, le clinicien étant appelé à réajuster ses dispositifs en fonction de ses représentations des sujets à accueillir et du travail psychique à accompagner, ainsi que de ses propres mouvements contre-transférentiels (J.C. Rouchy). Or, en proposant de les qualifier d'*orioplastiques*, je crois non seulement rendre compte de l'état actuel de ma pensée, mais aussi *porter* l'état de réflexion des groupes de psychologues ML avec lesquels je travaille depuis de longues années.

Orioplastiques du grec *orio* qui signifie limite, et *plastiques*, qui indique à la fois une qualité, la plasticité, la malléabilité et un processus, celui de *plassein*, qui veut dire façonner, mouler. *Orioplastiques* désigne ainsi à la fois la plasticité, la malléabilité des paramètres qui organisent les limites dans le temps et l'espace, et le processus psychique que ces dispositifs permettent de soutenir : celui qui consiste à façonner, à *trouver/créer* (D.W. Winnicott) des limites et ce, en référence à la *double limite* (A. Green, 1982) intérieur/extérieur et Inconscient/Préconscient-conscient.

Enfin, je me rends compte maintenant qu'en empruntant la notion d'*orioplastie* à une amie plasticienne, A.Stella, qui l'utilise pour désigner *l'échelle limite de ses productions plastiques* d'espaces qui contiennent et illustrent la dialectique perception/représentation, j'ose établir un parallèle entre le travail du clinicien et celui du plasticien, en situant ainsi résolument cette clinique du côté du processus créatif, du *playing* (D.W. Winnicott) et en envisageant l'espace de la rencontre comme un atelier de co-création.

Dans mon travail de thèse, j'ai tenté de dégager les paramètres de ces dispositifs qui soutiennent leur orioplastie. J'en présenterai brièvement trois :

— Premièrement, l'emboîtement du dispositif d'entretiens à l'intérieur d'une ML soutient les qualités de permanence, de sécurité et de fiabilité du cadre, ce qui peut favoriser un travail de symbolisation primaire. En effet, la tâche primaire des ML, *construire ensemble une place pour tous les jeunes*, l'étayage du travail de ces institutions sur une série de mesures qui soutiennent l'auto-conservation (formation, emploi, argent, logement) et leur place centrale et incontournable dans le partenariat local en matière d'insertion font que les jeunes affluent dans les ML, alors que cette inscription est volontaire, et ce, dans une période de leur vie où se négocie le contrat narcissique secondaire, d'affiliation (R. Kaës, 2009/1). Tout cela induit que le cadre institutionnel des ML devient attracteur, dans le transfert, du fond syncrétique du contrat narcissique primaire (R. Kaës, 2009/1), avec tout ce qui n'a pu être primairement symbolisé et a constitué des cryptes (N. Abraham et M. Torok) dans la psyché des jeunes en souffrances d'exclusion. Le dispositif clinique d'entretiens en ML permet d'ouvrir un espace d'inter-contenance entre dispositifs d'insertion et dispositif clinique, métaphorisé par l'espace groupal constitué par le jeune, le conseiller en insertion qui l'accompagne et le psychologue..

Cet « espace psychodramatique » va favoriser l'émergence d'un jeu, qui va : de l'impossibilité à saisir, puis des attaques actives ou passives (fuite) de tous les espaces d'insertion ; à la découverte, puis à l'attaque/fuite du dispositif clinique ; au dépôt d'éléments violents dans l'inter-transfert ; à la survivance du lien conseiller-psychologue et du dispositif clinique, qui peut maintenant être *utilisé* (D.W. Winnicott); à de nouvelles attaques du dispositif clinique et des dispositifs d'insertion, qui arrivent progressivement à résister, l'un comme les autres, grâce au travail d'inter-contenance ; et, ainsi de suite, jusqu'à parvenir à contenir et commencer à transformer la destructivité dans le *travail psychique articulaire* (C. Vacheret) de la *double limite*. Ainsi, l'espace d'inter-contenance constitué entre dispositifs d'insertion et dispositif clinique soutient le déploiement de la groupalité psychique du jeune.

— Deuxièmement, le dispositif clinique d'entretiens comporte une série d'éléments qui le rapprochent des *dispositifs individuels d'analyse transitionnelle* (D. Anzieu) : souplesse du rythme et de la fréquence, dans un principe de progressivité ; suspension de toute variable du cadre qui répète une situation primitivement pathogène de l'environnement ; fonctionnement en auxiliaire des besoins du patient ; affirmation de la confiance du clinicien au sens du matériel, même lorsqu'il reste pour un temps inexpliqué ; face à face, qui soutient la sécurité narcissique ; la salle d'attente, le couloir sont considérés comme des espaces entre-deux, qui matérialisent l'aire transitionnelle ; interprétation en première personne et implication du clinicien en tant qu'être humain, qui communique ses pensées et affects, dans une interprétation en double miroir. Tous ces éléments visent à *restaurer une enveloppe psychique capable de penser les contenus psychiques* (A. Green, 1983).

Nous constatons un double mouvement transférentiel, sur le dispositif et sur le clinicien, qui permet le déploiement de plusieurs « *jeux de cadre* » (R. Roussillon, 1995) : de scission-frayage (C. Demetriades, 2011), du coucou, de la spatule (D.W. Winnicott), de construction et, enfin, de la bobine (S. Freud, 1920). Ces jeux s'installent, d'abord, dans le transfert sur le dispositif, puis ils se déploient et se transforment dans le transfert sur le clinicien, pour ensuite, reprendre sous une autre forme dans le transfert sur le dispositif, et ainsi de suite. Ils ne peuvent se déployer qu'en appui sur des réajustements permanents de l'ensemble du dispositif (rythme, fréquence, durée, règles, attitude du clinicien), à l'exception du lieu. Il s'agit de s'accorder au plus près, d'accompagner et de faciliter les processus psychiques en cours.

Le dispositif clinique d'entretiens en ML intègre ainsi toutes les caractéristiques de l'objet *médium malléable*, telles qu'elles ont été définies pas R. Roussillon (1991). Pour ce faire, il s'appuie sur la construction symbolique des objets sociaux, qui sont réceptacles, supports et déclencheurs privilégiés de l'imaginaire, en ce qu'ils comportent une double dimension de liaison psychique et de liaison inter-subjective. Dans *l'espace du lien intersubjectif* (R. Kaës, 2010) psychologue-jeune, il s'installe un jeu intersubjectif, qui dévoile ce que ces objets contiennent de *noyaux agglutinés* (J. Bleger) du *contrat narcissique* (P. Aulagnier), et permet leur destruction-reconstruction, en étayage sur les représentations et l'imaginaire du clinicien et les échanges identificatoires.

— Troisièmement, la mise en place de dispositifs groupaux inter-institutionnels facilite les articulations entre les institutions et permet de saisir et de transformer certains *pactes dénégatifs* (R. Kaës) de ces jeunes. Ces groupes s'organisent autour de deux axes : un axe plus classique, de rencontres instituées entre partenaires concernés sur un territoire donné, pour échanger sur la situation de jeunes qui circulent entre les institutions ; et, un axe plus innovant, de co-animation d'espaces groupaux dits *passerelles* entre

les institutions et de groupes à médiation dont le rythme et la durée s'ajustent aux capacités d'investissement des jeunes et permettent, l'émergence, l'accueil et la contenance d'affects gelés ou trop violents inaccessibles dans les entretiens. Ces groupes métaphorisent le lien qui relie les institutions sur un territoire.

S'agissant de travailler avec des jeunes dont le contrat narcissique contient un négatif radical (R. Kaës, 2009/1) issu à la fois de la transmission trans-générationnelle et de la violence destructrice de certains contextes sociaux, le lien inter-institutionnel, construit comme un *espace affiliatif inter-contenant*, un *lien-réseau* (P. Benghozi), est susceptible de faciliter le déploiement, la contenance et la transformation de noyaux agglutinés destructeurs du contrat narcissique. Des qualités de contenance et de maillage du *lien réseau* dépend, en partie, la possibilité de remobilisation de ces noyaux contenus dans le contrat narcissique et de renégociation du contrat narcissique secondaire.

Ce travail est facilité par la scène psychodramatique du lien inter-institutionnel que constituent les groupes inter-institutionnels.

Ainsi, proposer à ces jeunes des dispositifs medium malléable, emboîtés dans une institution d'insertion et inscrits dans un réseau affiliatif inter-institutionnel inter-contenant métaphorise le travail de liaison psychique et intersubjective de la double limite, à laquelle nous les invitons, afin de permettre la décollusion des scènes intrapsychique, inter et trans-subjective. Pour ces jeunes, aujourd'hui, comme hier, sur la scène actuelle, comme dans l'histoire et la préhistoire de la construction psychique, l'objet n'est pas, ou n'a pas été, *ressenti* comme violent, *il l'est*, ou l'a été, *véritablement* (J. Bergeret).

Construire (S. Freud, 1937) l'objet engagera, le plus souvent, les professionnels dans un travail de contenance de leur violence contre-transférentielle et inter-transférentielle. Aller à la rencontre des jeunes en situation de vulnérabilité sociale ou de désaffiliation est une aventure qui *engage* et *expose* le clinicien, inexorablement et parfois frontalement, à un processus de « *descouvertes* », ce qui signifie, en latin, l'action de trouver ce qui est ignoré et caché, en l'occurrence, ce qui de l'Autre est en soi. C'est dans le mouvement qui consiste à se dé-couvrir et se confronter à ses propres zones d'ombre et points obscurs que la rencontre se fait.

Quitter la posture habituelle, plus distante, plus abstinente et plus neutre, au profit d'une posture plus active, dans la construction des espaces du lien, nous a cependant paru être le seul moyen pour que cette rencontre puisse avoir lieu, et éventuellement permettre à ces jeunes de faire l'expérience d'un lien *détruit/trouvé* (R. Roussillon, 1999), susceptible d'étayer leur travail psychique de restauration narcissique et identitaire.

Christis Demetriades
Psychologue clinicien

Bibliographie

A.Stella, « Percepts », Revue électronique Lampe-tempête, avril 2010, n° 7, Un livre de formes…
Lien internet : http://www.astellaa.com
A. Abraham N., Torok M. (1978) L'écorce et le noyau, Flammarion, Paris, 1987.
Anzieu D. (1979) « La démarche de l'analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle », in R. Kaës et al., Crise Rupture et dépassement, Dunod, Paris.
Aulagnier P. (1975) La violence de l'interprétation, PUF, Paris, 2010.
Benghozi P. (2007) « Le Lien réseau », in Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2007/1, n°48.
Bergeret J. (1984) La violence fondamentale, Dunod, Paris, 2000.
Bleger J. (1967) Symbiose et ambiguïté, PUF, Paris,1981.
Castel R. (1995) Les métamorphoses de la question sociale, Gallimard folio essais, Paris, 2003.
De Gaulejac V. (1996) Les sources de la honte, Desclée de Brouwer, Paris, 2001.
Declerck P. (2001) Les naufragés, Plon, Paris.
Demetriades C. (2002) « Psychologue en mission locale : une mise en perspective des cadres proposés », in dossier collectif « L'insertion des jeunes. Rôle des psychologues en missions locales », Le Journal des Psychologues, n°201.
Demetriades C. (2011) Dispositifs orioplastiques pour des jeunes en souffrances d'exclusion, Thèse 2011 présentée au CPPC,
Lien Internet : http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2011/demetriades_c/info
Desjours C. (1998) Souffrance en France, Editions du Seuil.
Freud S. (1920) « Au-delà du principe de plaisir », in Essais de psychanalyse, Payot, Paris,1981.
Freud S. (1937) « Construction dans l'analyse », in Résultats, idées, problèmes, PUF, Paris, 2002.
Furtos J. (2008) Les cliniques de la précarité, Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux.
Green A. (1982) « La double limite », in La folie privée, Gallimard folio essais, Paris, 1990.
Green A. (1983) Narcissisme de vie, narcissisme de mort, Les Editions de Minuit, Paris.
Janin C. (1996) Figures et destins du traumatisme, PUF, Paris, 2004.
Kaës R. (2009) Les alliances inconscientes, Dunod, Paris.
Kaës R. (2009) « La réalité psychique du lien », Le Divan familial, 2009/1, n°22.
Kaës R. (2009) « La transmission de la vie psychique et les contradictions de la modernité », in M.Sassolas et al., Transmissions et soins psychiques, Erès, Ramonville Saint-Agne.
Kaës R. (2010) « Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes », in Cahiers de psychologie clinique, 2010/1, n°34.
Lazarus A., Strohl H. et al. (1995) « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », Rapport du Groupe de Travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », La Documentation Française.
Lien Internet : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/954050300/index.shtml
Pitici C. (2006) De l'enfouissement psychique à la scène d'amarrage : actualisation de l'indéterminé chez l'errant, Thèse 2006, présentée au CRPPC.
Lien Internet : http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=968&action=pdf
Rouchy J.-C. (2006) « La conception du dispositif de groupe dans différents cadres institutionnels », in Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2006/2, n°47.
Roussillon R. (1991) Paradoxes et situations limites de la psychanalyse, Quadrige/PUF, Paris, 2001.
Roussillon R. (1995) Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique, PUF, Paris.
Roussillon R. (1999) Agonie, clivage et symbolisation, PUF, Paris, 2001.
Roussillon R. (2010) « Les souffrances narcissiques-identitaires » et « Cadre et dispositifs », in J.-P. Matot et R. Roussillon, La psychanalyse une remise en jeu, Monographies de la psychiatrie de l'enfant, PUF, Paris.
Vacheret C. (2000) Photo, groupe et soin psychique, Presses Universitaires de Lyon, Lyon.
Vacheret C., Duez B. (2004) « Les groupes à médiation : variance, alternative ou détournement du dispositif psychanalytique ? », in Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2004/1, n°42.
Vandercasteele I., Lefebvre A. (2006) « De la fragilisation du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale », in Cahier de Psychologie clinique 2006/1, n°26.
Winnicott D.W. (1971) Jeu et Réalité, Gallimard, Paris, 1975.

L'entretien psychologique au sein d'une mission locale, un possible travail de figuration

Mylène Debard

Au sein de la Mission Locale nous travaillons à partir d'une double enveloppe, celle de la Mission Locale qui représente la grande enveloppe et celle des entretiens psychologiques qui se trouve être une petite enveloppe dans la grande enveloppe. Nous travaillons ainsi le dedans et le dehors ainsi que le liant entre les deux. C'est un élément déterminant de notre cadre qui va nous permettre de travailler la question de l'interface entre ce qu'il y a à l'intérieur d'un jeune...

En effet, cela va nous permettre de travailler la question de l'interface entre ce qu'il y a à l'intérieur d'un jeune comme difficultés, compétences et idéal, et ce qu'il y a à l'extérieur, la confrontation avec les exigences réelles, concrètes de la vie sociale, dans un premier temps, pour aller vers celles encore plus exigeantes et parfois injustes de l'univers du travail.

Chacune de ces réalités vient en appui de l'autre à travers ce maillage entre le travail avec le conseiller d'insertion et celui réalisé avec le psychologue lorsque cela s'avère opportun pour un jeune.

Il me semble que nous passons alors d'une focalisation sur la réalité externe qui affecte les jeunes que nous rencontrons, à une sollicitation de leur monde interne.

Un des objectifs de notre travail de psychologue en Mission Locale est de tenter de restaurer une aire transitionnelle entre la réalité interne et la réalité externe, aire simultanément aménagée grâce au travail avec le conseiller d'insertion qui va faire des propositions dans la réalité et va poursuivre avec le jeune des objectifs concrets et celui des entretiens psychologiques qui va permettre de parler de cette réalité. C'est à partir de ce double accompagnement que le travail de pensée pourra peut-être se déployer.

Mon expérience de psychologue m'amène aujourd'hui à réfléchir sur le travail de pensée pour lequel je fais l'hypothèse qu'il se situe dans la saisie d'éléments de réalité tels que les échecs répétés à une formation, au permis de conduire, une impossibilité à choisir une formation, de multiples changements d'emploi, l'organisation de la garde de son enfant, les retards permanents, les difficultés relationnelles avec des collègues qui entraînent plusieurs démissions…

À partir d'une première saisie réalisée par le conseiller d'insertion, la référente santé handicap, un centre de formation ou un travailleur social, un autre contenant est proposé au jeune pour déposer cette saisie dans le cadre d'entretiens avec le psychologue de la Mission Locale.

Un véritable jeu va alors s'organiser à travers et autour des objets sociaux, dans une tentative de restauration de l'aire transitionnelle dont nous avons parlé précédemment.

À la Mission Locale on pourrait dire que le psychologue se saisit des objets sociaux que lui offre la scène de l'insertion comme de médiateurs pour permettre au jeune d'extérioriser de mettre en scène et en jeu une partie de sa réalité interne.

Dès le premier rendez-vous, et par la suite sur une longue période, ce ne sont pas la souffrance ou les émotions qui sont au premier plan, le jeune situant généralement les causes de ses difficultés sur la scène externe. La plupart du temps c'est donc moi qui introduis l'entretien, car le jeune ne sait pas par où commencer.

Souvent j'utilise comme support le parcours professionnel, à partir du travail qui a déjà été engagé avec le conseiller d'insertion. Puis nous parlons de l'école, des apprentissages du jeune, de son rapport au savoir, puis de ses liens avec les autres.

Il nous arrive assez vite de parler de sa famille, de la profession exercée par ses parents, de ses frères et sœurs, ainsi que de l'environnement familial et amical plus large.

Illustration clinique

M.T vient me rencontrer sur proposition de sa conseillère de la Mission Locale, « pour faire le tri dans ses idées de métiers qui sont très nombreuses ».

Il est suivi depuis environ deux ans à la Mission Locale, il a réalisé l'an dernier un bilan de compétence à partir duquel deux projets ont émergé : designer ou travailleur social.

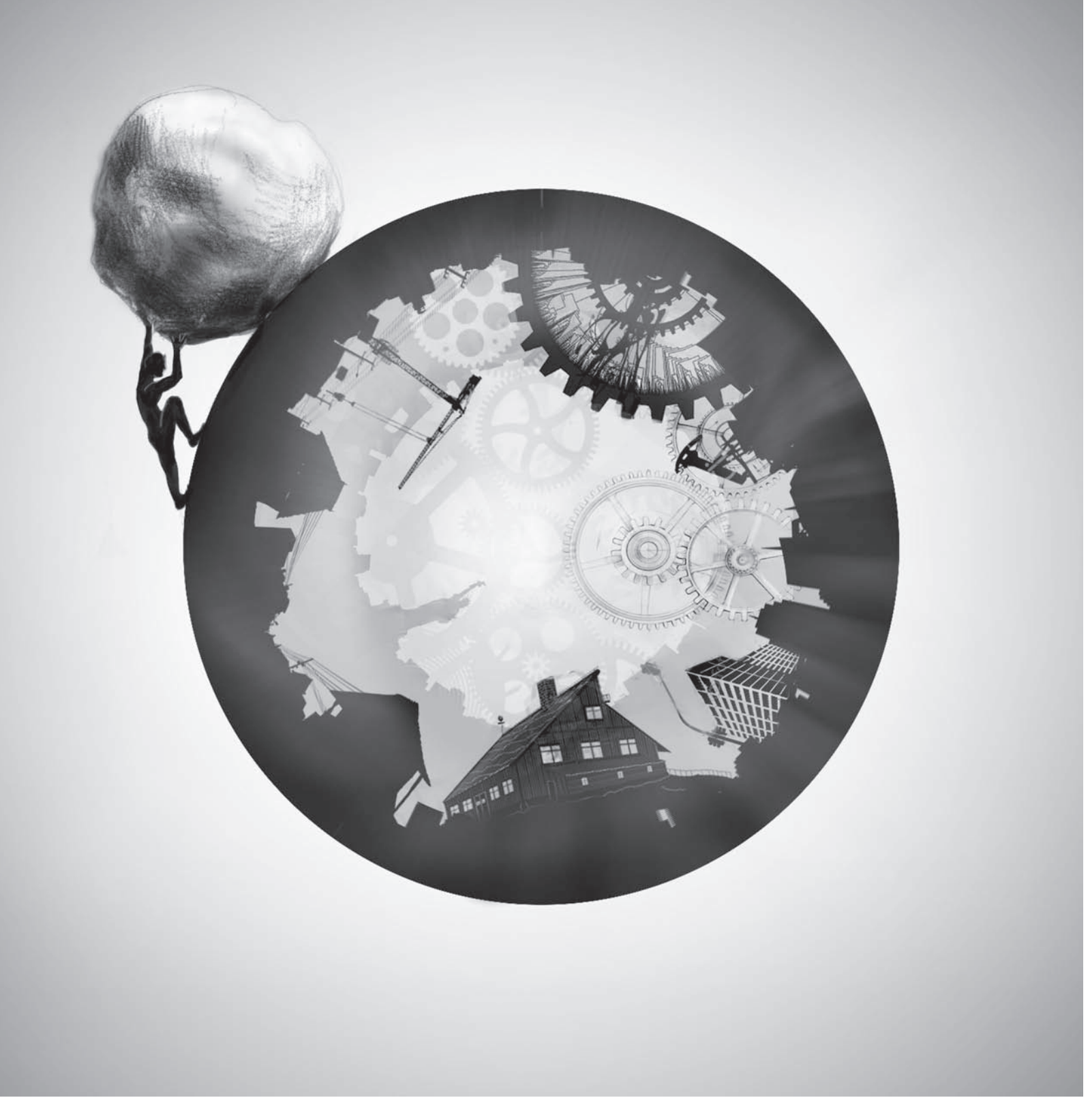
Le premier projet semblant plus difficilement réalisable, c'est plutôt l'exploration du second qui est retenu en lien avec sa conseillère référente.

M.T a 21 ans, il vit seul sur Lyon. Ses parents l'aident un peu financièrement, mais il se sent dans l'obligation de travailler sans savoir ce qu'il pourrait faire.

Lorsque je le rencontre pour la première fois, il a réalisé la moitié d'un service civique où il intervient avec d'autres volontaires dans différents cadres associatifs. Ces expériences visent à l'aider à valider ou non l'idée de travailler dans le domaine social.

Cependant, dans les jours qui suivent notre premier entretien, il doit se rendre à Paris et se présenter à une sélection en vue d'intégrer une école de designers de véhicules. Il m'explique avec empressement que, « le design des trains est ce qui l'intéresse et, plus précisément, le design extérieur, car depuis tout petit il a une passion pour les trains, pour leur esthétisme qu'il trouve poétique et emprunt d'émotions. Il aimerait à son tour pouvoir poursuivre cette histoire, plus seulement en tant que spectateur, mais plutôt en étant acteur de cet esthétisme. »

Il vient me rencontrer pour faire le tri de ses idées, avant d'aller à Paris, car « il a peur de partir dans une envolée trop lyrique qui risquerait de faire penser qu'il est un illuminé ». De surcroît, il se demande, « si c'est un bon projet pour lui, si ce n'est pas au fond un rêve d'enfant qu'il veut transformer à tout prix en métier ». Il me demande alors ce que j'en pense et si cela me semble réalisable.



Alors, durant de nombreux entretiens, nous allons parler des trains, des choses que j'ignorais sur les trains, de cet intérêt débordant pour les anciens trains et leur esthétisme. Il parle de tout cela avec une humanité saisissante, un peu comme s'il leur prêtait une vie, des émotions.

À l'école, il était plutôt bon élève sans avoir besoin de fournir beaucoup d'efforts. Il a passé un bac L, puis s'est inscrit dans une première année d'arts appliqués qu'il a arrêtée assez vite, car il ne se retrouvait pas du tout à l'aise dans ce contexte. Il me dira alors que les liens avec les autres ont toujours été difficiles pour lui, sans qu'il ne sache vraiment pourquoi. Il aurait aimé avoir plus d'amis, s'intéresser à plus de choses, mais, à l'époque, il n'y arrivait pas, pas plus qu'aujourd'hui.

Dans le cadre de son service civique qui est réalisé en groupes de 5 à 6 jeunes, il ne sait pas comment il peut s'autoriser à proposer des idées, à dire ce qu'il pense.

La plupart du temps il est très effacé et lorsqu'il s'autorise à proposer quelque chose, il le fait sans retenue et en ayant tendance à vouloir imposer sa façon de voir les choses. C'est alors souvent mal perçu et cela peut faire peur. Voyant les réactions que cela suscite chez les autres, il renonce à confronter ses idées avec celles des autres. Je ferai alors l'hypothèse que le renoncement à l'idéal infantile serait, pour lui, trop difficile, trop douloureux.

Un travail de reconstruction et de ré-appropriation de son histoire va alors se mettre en place à travers la restauration de cette aire transitionnelle.

Pour que ses projets, ses goûts, ses intérêts adviennent pour une part à sa conscience, « sortent de sa tête » comme il le dit, je lui propose, de les écrire. Il s'agit d'essayer de créer un premier écart, en l'amenant à partager avec un autre, ceci est une façon d'entrer dans son monde par sa propre entrée pour ensuite l'aider à prendre du recul sur sa position interne.

Il le fera difficilement et, là aussi, il aura l'impression de s'égarer, de se perdre, de partir, comme il le dit souvent dans des « envolées lyriques ». Alors c'est plutôt au cours de nos entretiens, à partir de nos échanges, que je noterai (ce qui n'est pas habituel dans ma pratique) des phrases et des mots clefs. Je l'inviterai, ensuite, à partir de cet objet travail qui lui semble tellement insaisissable, à trouver quelques repères qui permettraient à un futur métier de se dessiner.

Ces repères seront pour M.T autant de petits cailloux qui vont lui permettre de marquer le chemin pour peut-être trouver sa voie, celle où il aimerait enfin pouvoir se réaliser. Ces petits cailloux, il les nommera « des éléments précieux et vitaux ».

Ainsi nous avions retenu ensemble les phrases suivantes : « Trouver du goût à ce que je fais, car je n'arrive pas à séparer ce que je fais de ce que je vis, ce que je fais m'influence trop sur le plan psychologique. Si la psychologie du but final du travail que j'ai à accomplir ne me donne pas le goût, je peux être malheureux. Peut-être ai-je une vision trop dramatique des choses. Bonheur, malheur… Je vis en sous-régime et je suis trop instable. Cela me fait traîner les pieds et avoir du mal à choisir. Le manque de confiance m'obsède, je n'arrive pas à prendre le dessus sur les choses. Je me regarde trop et la confrontation avec certaines limites personnelles peut me rendre malheureux… »

Alors je vais rebondir sur le terme « malheureux » qui revient deux fois, en essayant d'avancer un peu avec lui autour de ce qu'il met sous ce mot.

Aussi loin qu'il puisse se souvenir, M.T se demandera si un jour il a été heureux.

Là, je m'autoriserai à lui parler de lui lorsqu'il était bébé, enfant. Se souvient-il avoir entendu sa famille lui parler de son enfance et lui-même en a-t-il des souvenirs ?

Est-ce qu'il y a eu un événement compliqué autour de sa naissance, concernant la grossesse de sa mère, a-t-il été prématuré ?

Il est intrigué par ma question qui le plonge dans un passé lointain et l'éloigne de son questionnement autour de l'emploi, mais il me dit qu'il va réfléchir.

Et puis quelque temps plus tard un souvenir en lien avec ma question arrivera. Deux ans avant sa naissance, sa grand-mère maternelle auquel sa mère était très attachée est décédée dans un accident de voiture ou la mère de M.T était passagère. Elle n'a rien eu, mais elle a vu sa mère mourir sous ses yeux.

Cette grand-mère que M.T n'a pas connue, il en a beaucoup entendu parler. C'était une artiste qui faisait de la poterie. Elle était très douée, mais son père, qui était de la fin du 19ème siècle, s'est opposé à ce projet. Alors elle n'a jamais vraiment fait ce métier tout en le faisant un peu tout de même. C'est resté une activité clandestine. Il y a dans la maison des parents de M.T différents objets qu'elle a réalisés et que M.T trouve très « esthétiques ».

Après cela un autre souvenir apparaîtra concernant la mère de M.T. Cette dernière a été mariée une première fois et son mari s'est suicidé. M.T me dira alors : « elle en a vécu des choses difficiles ma mère, elle est drôlement forte elle, ce n'est pas comme moi. »

Un travail de reconstruction et de ré-appropriation de son histoire va alors se mettre en place à travers la restauration de cette aire transitionnelle.

Dans nos entretiens, la reprise de ses vécus actuels à travers notamment son service civique, les entretiens de sélection pour l'école de design et les liens avec son histoire familiale, les deuils, le projet artistique-esthétique secret, mais omniprésent de la grand-mère maternelle ont permis à M.T, après avoir été mis à jour, de se créer un projet qui le dégage de ses idéaux, de ses deuils infantiles.

Comment ne pas penser que son projet de *designer* de train poursuivait au moins deux objectifs de réparation inconsciente et impossible ! Rendre beau un objet de transport, qui avait pourtant été à l'origine de la perte de sa grand-mère, du deuil de sa mère, et devenir un artiste, là où ce projet était resté interdit à sa grand-mère. Lorsque j'esquisserai ces hypothèses à M.T, sa réaction se fera en deux temps, dans l'instant il restera silencieux et interrogatif puis à l'occasion de nouveaux entretiens il pourra dire combien physiquement il se sent maintenant plus léger et libéré.

La transformation

On voit bien à partir de cet exemple, qui est singulier, mais très représentatif d'une importante partie de mon travail clinique au sein de la Mission Locale, qu'au cours des entretiens nous allons former, déformer, reformer, tourner en tous sens les idées, les envies, les peurs, les projets, nous n'allons cesser de faire des aller-retour entre aujourd'hui, hier et demain.

Nous allons être dans une co-construction, signe que la subjectivité n'est pas tout à fait là pour le jeune. Durant ces entretiens, je dis souvent : « On pourrait penser que… cela m'évoque une image que je vais vous soumettre et vous me direz ce que vous en pensez… Je suis rarement dans le « à quoi cela vous fait penser, qu'est-ce que cela signifie pour vous ? », car cela confronte au vide, à l'absence de réponse, ce qui serait trop angoissant pour le jeune qui n'en est pas encore à ce stade.

Le jeune est peu dans des associations en son nom propre. Nous essayons de comprendre ensemble, mon appareil psychique et ma subjectivité sont largement sollicités.

C'est ainsi que dans ce cadre, le psychologue se retrouve dans une position de *moi auxiliaire*.

À partir de ce vécu brut et chaotique que va livrer le jeune durant les entretiens, je vais avoir une fonction de traducteur, d'interprète afin de mettre en lien les éléments disjoints et séparés de son parcours et donc de son histoire.

Ce sont dans ces va-et-vient de la pensée, dans ces aller-retour entre lui et moi, dans les idées que chacun peut soumettre au détour de l'entretien, un peu comme un squiggle à partir d'images verbales, de métaphores, que les différentes expériences faites par le jeune, à propos desquelles il peut mettre du sens ou plutôt sur lesquelles nous pouvons mettre du sens, le rendent progressivement plus solide.

Un peu à la manière de l'objet transitionnel, il s'agit là de faire des propositions que le jeune pourra faire siennes, dont il se saisira comme s'il les avait créés et peut-être alors, comme pour M.T, un espace transitionnel de pensée pourra se déployer.

Mylène Debard,
Psychologue

Une expérience de groupe à médiation par le Photolangage® auprès de jeunes suivis en Mission Locale

Jean-Michel Hinaux

« Faire du groupe : pourquoi ? »

En tant que psychologue intervenant en Mission Locale, je dispose d'un temps de présence assez faible[1], comme beaucoup de mes collègues. Je rencontre essentiellement les jeunes en entretien de face à face. Ces temps d'échanges laissent assez souvent entrevoir leur sentiment d'isolement liés notamment à leurs difficultés dans leur parcours d'insertion. Trouver une place dans le monde, dans le social, s'affirmer dans une identité professionnelle future fragilise les jeunes déjà aux prises à des sentiments d'échec, à une *souffrance d'exclusion* (C. Demetriades). Leur histoire de vie peuvent aussi être marquées par des situations groupales (famille, école, quartier…) où s'est développé le sentiment de ne pouvoir trouver sa place dans un groupe. Ces jeunes parlent pour certains, de « manque de confiance en soi », d'autres « de phobie scolaire ou d'agoraphobie », de familles où l'on ne se parle pas. Les situations groupales font peur… font mal…

De plus, avec certains jeunes, les entretiens paraissent parfois assez pauvres, il est nécessaire de soutenir l'échange, de venir chercher les mots, de rendre la parole plus vivante, plus habitée. Le groupe va-t-il pouvoir soutenir, stimuler ceux pour qui la parole semble parfois peu investie ? Tenter de faire vivre une expérience de groupe qui soit suffisamment positive ; permettre à des jeunes souvent isolés de se rencontrer entre eux peut-il les aider à prendre davantage confiance en eux et les soutenir dans leur processus d'insertion ?

À partir de cette hypothèse de travail et aussi de mon désir d'étoffer ma pratique professionnelle, d'aller vers d'autres champs d'intervention, le projet d'animer un groupe à médiation a commencé à germer.

Par ailleurs, ce projet s'est construit à partir d'un montage de dossier financier et représentait pour moi l'opportunité d'avoir davantage de temps de présence dans la Mission Locale et aussi la possibilité de travailler en équipe sur ce projet.

Comment parler et présenter ce temps de groupe, quels en sont les objectifs, quels profils de jeunes sont concernés par cette action sont autant d'aspects à discuter, à préciser, auprès des conseillères d'insertion de la Mission Locale. Ce travail en amont entre le psychologue et l'équipe est une étape essentielle qui détermine en grande partie la constitution du groupe. Allons-nous retrouver réunis pour le Photolangage® la plupart des jeunes qui présentent des difficultés psychologiques ou bien va-t-il y avoir un « mélange » entre différents profils ?

La construction d'un dispositif cohérent au plus prés des problématiques de ces jeunes permet certainement de mettre un maximum de chances de son côté. Pour cela, il est important que l'action se déroule sur une durée relativement courte (quatre à cinq semaines) à raison d'une ou deux séances hebdomadaires. Le descriptif du groupe et de ses objectifs sont écrits et expliqués aux jeunes dans un langage d'insertion.[2]

Nous les relançons avant chaque séance, le SMS est un moyen qui nous a semblé adapté, même si le contact téléphonique s'avère plus pertinent lorsqu'un jeune est absent.

1 0.26 E.T.P. sur deux Missions Locales répartis sur cinq antennes.

2 *« Si vous voulez prendre davantage confiance en vous, travailler dans le sanitaire et social, ou dans le domaine de la vente ou de la communication ou bien apprendre à vous exprimer en groupe et rencontrer d'autres jeunes... alors venez participer à un groupe Photolangage® »*

« Faire du groupe : ça fait quoi ? »

L'attente

Avant d'entrer dans le déroulement des séances proprement dites, je tiens à préciser que proposer un temps de groupe à la Mission Locale m'a davantage « mis la pression » que les situations individuelles d'entretiens. Attendre et rencontrer un groupe laisse place à de l'inattendu (le nombre de participants, l'ambiance, le respect des règles, l'intérêt ou pas pour ce type de travail groupal), autant d'interrogations présentes dans le démarrage de l'action. Ce moment d'attente laisse place à l'angoisse du vide, les intervenants se demandant si les jeunes vont venir, et cela pendant les premières séances.

Les conseillères évoquent d'ailleurs que « *le groupe en Mission Locale ça ne marche pas, on a déjà essayé, ça ne tient pas* », peut-être aussi que cela fait un peu peur et particulièrement sur l'axe « Santé » où il apparaît difficile de mobiliser, de fidéliser un public.

Enfin, le fait que ce projet soit une « première » à la Mission Locale et qu'il soit financé pour cette action précise, m'a fait vivre la pression du résultat... Si les jeunes ne viennent pas ou plus, qu'allait devenir ce projet ?

La première séance donne le ton

À partir de trois sessions de Photolangage® réalisées dans trois antennes de Mission Locale, il me semble aujourd'hui que le déroulement de la première séance (un peu comme un premier entretien) contient déjà beaucoup d'éléments intéressants à repérer.

Ainsi, du côté de la participation nous avons pu observer des mobilisations sensiblement différentes entre une première expérience[3] avec une présence massive de plus de quinze participants à la première séance, puis six à neuf jeunes aux autres séances et deux autres sessions qui ont mobilisé de quatre à six personnes.

La première séance permet aussi d'observer comment le groupe commence à se saisir (ou pas) de cet espace de groupe à médiation. Durant ce temps de démarrage, une certaine retenue est souvent repérable, certains sont présents à la réunion d'information pour « voir », « tâter le terrain » en quelque sorte. Quelques personnalités peuvent commencer à émerger dans le groupe et donner aussi des indications sur la tonalité groupale, sur sa capacité à jouer avec les photos ou bien au contraire sur leurs difficultés à s'aventurer dans cet espace de jeu.

Le travail d'animation et de co-animation s'avère extrêmement important afin de soutenir ce qui est dit, ce qui est présenté aux autres. Lorsque le groupe manifeste une capacité à jouer avec les photos et avec les mots, le travail d'animation se fait plus facilement d'autant plus que certains jeunes favorisent par leur implication la mise en route du groupe. À l'inverse, lorsque les participants sont davantage en retrait, dans une expression *a minima*, le travail d'animation est d'autant

3 Le démarrage du Photolangage® a créé un certain engouement. La co-animatrice, elle-même conseillère d'insertion s'est très fortement impliquée pour inviter les jeunes. Ses collègues ont également fait un travail très important pour que cette action fonctionne et aussi pour me soutenir et m'accompagner dans mon projet. Je tiens à les remercier vivement.

plus important et doit s'appuyer sur une méthodologie, celle du Photolangage®, et sur une connaissance des processus groupaux, afin d'éviter de « passer à côté » de ce qui tente de s'exprimer. La façon d'animer le groupe, de rebondir sur ce qui vient d'être dit, mais aussi le degré d'implication des animateurs qui présentent également leur photo sont autant d'aspects techniques qui ne sont pas toujours évidents à maîtriser.

Un groupe qui n'est pas toujours là où on l'attend

Quelques vignettes de différentes séances peuvent illustrer cet aspect. Ainsi à la première séance où la question est « *choisissez la photo qui vous plaît le plus* ». Une jeune de 20 ans, au physique plutôt frêle, commence par prendre la parole en nous montrant sa photo (Jeunes qui font de la boxe) : elle nous dit : « *j'ai choisi cette photo parce que j'aime bien la boxe, j'ai fait de la boxe française pendant huit ans et cela m'a beaucoup apporté ».* Une autre jeune prend la parole à son tour *« J'ai hésité à prendre cette photo parce que j'ai fait aussi de la boxe pendant quelques années et c'était vraiment super, j'aimerais bien en refaire »*.

Les garçons du groupe restent silencieux, ils n'ont qu'à bien se tenir, il y a des boxeuses dans le groupe ! Cette première photo produit de la surprise, les filles parlent de boxe et du plaisir à cette pratique. Nous aurions pu nous attendre à ce que cette photo soit davantage choisie en référence à des éléments de virilité généralement revendiqués par les garçons.

Aussi, la tonalité d'un groupe peut s'avérer bien différente selon sa composition, sa taille, mais aussi selon la question posée au groupe. Pour construire la question, nous nous appuyons sur notre compréhension du groupe, sur l'écoute de ses battements et sur l'analyse de ses mouvements associatifs, sur ses préoccupations et ses défenses… À partir des hypothèses de travail que nous voulons travailler avec le groupe, celui-ci répond souvent de façon différente à ce que nous imaginons. Cela peut créer un effet de surprise chez l'animateur et en même temps faire vivre une pluralité de représentations qui enrichit la dynamique groupale de façon parfois très enthousiasmante. À l'inverse, certaines séances s'avèrent plus lourdes, l'animateur n'est pas toujours à l'abri de moments de sidération, de vide où sa propre capacité à jouer, à inventer dans l'*ici et maintenant* se trouve mise à mal.

Par exemple à la séance n° 4 nous proposons au groupe la question suivante : « *une vie intéressante est une vie où l'on prend des risques : d'accord pas d'accord : dites-le à l'aide d'une photo.* » Le choix de cette question est de pouvoir travailler sur l'ambivalence, la notion de « risque mesuré », c'est en tout cas les représentations que j'aie, avant la séance. La notion de vie « intéressante » me semble pouvoir être questionnée de façons multiples : est-ce avoir beaucoup d'argent ou au contraire s'affranchir des contraintes, ou encore construire quelque chose ? De nombreuses possibilités s'ouvrent pour le choix de la photo pour cette séance.

Or, les jeunes sont allés vers d'autres horizons que ceux que j'avais imaginés. Le choix des photos et les échanges ont permis de dire de façon condensée : « *vivre est un risque : des catastrophes telles cet arbre qui tombe sur la maison peuvent nous arriver, on n'est pas toujours à l'abri, les risques font partie de la vie* ». La notion de vie « intéressante » a été oubliée par l'ensemble du groupe, la préoccupation est davantage celle de réussir à vivre avant de savoir si cette vie est intéressante.

En somme, ce temps groupal peut être un moment d'enrichissement et de réflexion tout à fait intense pour l'animateur qui perçoit aussi que ses hypothèses, sa façon de voir, d'appréhender la question, est loin d'être partagée et même parfois un peu « à côté de la plaque ». Ce sont les jeunes qui donnent le ton et mettent des mots et des images à partir de leurs propres représentations permettant de se frayer un chemin, de s'aventurer ensemble vers d'autres horizons possibles.

La particularité du travail avec les photos

Le temps de présentation des photos reste un moment fondamental de ce travail de groupe. Choisir sa photo à partir d'une question posée nécessite un travail d'introspection, de liaison, qui peut parfois s'avérer difficile. La question peut être alors un peu escamotée, on choisit une photo qui plaît sans toujours savoir bien pourquoi. Au moment de présenter sa photo, les mots ne viennent pas toujours aisément. Or, ce matériel concret, palpable, de la photo sollicite les autres dans leurs propres représentations et celui qui ne trouve pas les mots, propose aussi une image à partager où d'autres vont pouvoir peut-être mettre les mots qui lui manquent. Ces dimensions intra subjective et intersubjective qui sont à l'œuvre, constituent le *travail psychique articulaire* (C. Vacheret) possible à partir du Photolangage®.

Certaines photos semblent d'ailleurs en dire beaucoup plus que les mots, que le discours qui peut paraître en décalage avec l'image. L'aspect projectif dans le choix de la photo est bien souvent à l'œuvre. Par exemple, lors d'une première séance, un jeune présente la photo qui lui plaît le plus (« jeune femme seule devant une table, en boîte de nuit »). Il nous dit « *j'aime bien aller en boîte de nuit avec les potes… ».* Or, ce que l'on perçoit sur la photo c'est aussi la solitude de la jeune femme qui paraît s'ennuyer… Toutefois le groupe (qui démarre) n'en dit rien, il laisse passer avec beaucoup de bienveillance. Cette image renvoie-t-elle chacun à des souvenirs

d'ennui en boîte de nuit ? Le groupe ressent-il déjà intuitivement les risques inhérents à toute différenciation ?

Certaines photos vont passer, traverser le groupe et d'autres vont davantage faire réagir, solliciter des réactions sur l'image ou sur ce qui vient d'être dit. Les échanges, les représentations diverses, multiples sont véritablement ce qui nous intéresse dans le travail du Photolangage®. Le groupe par sa pluralité de regards et de mots permet parfois de modifier la vision de chacun, la photo présentée est perçue différemment, elle n'est plus tout à fait la même. Il conviendrait certainement de nuancer ce propos, car il existe aussi des moments où celui qui présente sa photo ne veut pas entendre ni voir autre chose que ce qu'il a vu et exprimé. Or, cette médiation par la photo permet une souplesse dans l'animation du groupe dans un espace « entre-deux », entre les mots et l'image et entre soi et le groupe. Cela suppose aussi que le groupe soit suffisamment en capacité pour jouer dans cet espace, se laisser aller au gré des images qui défilent et oser partager ses propres images internes.

Parfois une photo peut embrayer sur un débat (le tabac, le monde du travail, le sport, les sorties, les boîtes de nuit…). Il est toujours possible de se recentrer sur la photo ou sur la question quand le groupe commence à s'évader sur des débats qui ne sont pas l'objet premier de ce travail de groupe. Pour autant il m'a semblé parfois intéressant de laisser un débat s'installer dans le groupe. Par exemple, un jeune de 20 ans s'exprime peu dans le groupe et toujours avec une certaine timidité : à la question « *si vous pouviez changer quelque chose pour vous, qu'est-ce que vous changeriez en premier ?* » il nous présente la photo d'une jeune fumant une cigarette l'air songeuse. : « *J'ai commencé à fumer à l'âge de 14 ans, aujourd'hui j'aimerai bien arrêter…* » Ce jeune s'est retrouvé alors au centre des préoccupations du groupe qui s'est intéressé à lui, le questionnant sur sa consommation de tabac, ses tentatives de sevrage… Le choix de sa photo a permis, me semble-t-il, de soutenir la place de ce jeune dans le groupe, de le revaloriser narcissiquement, en mobilisant l'attention des autres (tous fumeurs) sur leur consommation de tabac… Ce jeune s'est peu exprimé pour sa part, mais sa photo nous a fait parler ensemble autour d'une préoccupation commune.

Des photos qui nous relient les uns aux autres

Il y a les « photos de groupe », celles qui sont choisies par plusieurs personnes et qui de fait, relient ceux ou celles qui ont fait le choix de cette photo.

Il y a aussi les photos que l'on revoit d'une séance à une autre et qui « reviennent » même si la question a changé. Parfois ces photos sont reprises alors que celui ou celle qui nous l'avait présentée auparavant est absent à cette séance. Cette photo réapparaît dans le groupe et nous rappelle alors à celui qui est absent aujourd'hui et aussi encore présent à partir de sa photo qui revient, qui soutient la permanence de l'objet, le sentiment continu d'exister.

Enfin, certaines photos ont marqué le groupe, ont suscité davantage d'intérêt, une pluralité de représentations, le travail associatif groupal a permis de regarder ces photos autrement ensemble. Ce partage d'images, d'une séance à une autre, le cheminement à partir des différentes questions proposées, va créer une histoire commune, un moment groupal où chacun a pu apporter sa pierre à l'édifice. Ces photos transitionnelles sont celles qui se transforment dans le groupe et qui peuvent être aussi des supports identificatoires.

Conclusion

Après avoir animé quelques sessions de Photolangage® avec différents groupes de jeunes, les raisons qui m'ont motivé à m'engager dans ce dispositif groupal s'en trouvent aujourd'hui confortées, étayées. Les conseillères d'insertion par leur investissement, les jeunes par leur présence et leur implication ont fait que ce projet ait pu avoir lieu et qu'il s'inscrive dans la durée, jusqu'à son terme. La taille des groupes et leurs ambiances ont été sensiblement différentes, au gré des questions rythmant les séances et aussi selon les antennes des Missions Locales. Alternance de sensations de plein, de vide, de vitalité avec quelques moments de débordements d'émotions, de rire, parfois de larmes, le groupe remue, parfois réchauffe ou se refroidit. Au-delà des moments d'attente, de crainte que cela ne tienne pas, cette expérience groupale m'a semblé véritablement stimulante et enrichissante. À l'inverse de ce que j'avais pu imaginer en démarrant ce projet, la tonalité dépressive, la sensation de porter à bout de bras ces jeunes ne correspond pas ce que nous avons rencontré lors de cette première session, mais nous l'avons (inévitablement) rencontré au fil des expériences postérieures, où certaines sessions de groupe ont été empreintes de vécus de pesanteur, de difficultés pour jouer avec les photos, et ont été sources de questionnements et d'ajustements dans le travail d'animation.

Le travail en amont à faire avec l'équipe, l'accordage dans l'animation du groupe, l'implication et l'engagement nécessaire à ce type de travail sont autant d'aspects où le psychologue s'aventure à son tour vers d'autres horizons, en quittant la posture de l'entretien en face à face. Cet outil que constitue le Photolangage® nécessite alors et inévitablement un travail d'après-coup, d'analyse, afin de se dégager de ce qui se joue dans une scène complexe où l'animateur n'a pas un « texte » écrit à l'avance, où il doit aussi inventer, bricoler et s'engager avec ces jeunes.

Jean-Michel Hinaux,
Psychologue

Crédits photos Photolangage®

Photo 1 : "Boxeuse avec entraineur", M. Dorigny. "Corps, Communication et violence à l'adolescence" sous la direction de Claire Bélisle. Editions Chronique Sociale. 2009.
Photo 2 : "Maison coupée en deux par un arbre", P. Bard/Editing. "Adolescents, amour, sexualité" sous la direction de Claire Bélisle. Editions Chronique Sociale. 2003.
Photo 3 : "Jeune fille dans boîte de nuit lumière rouge", R. Kluba. "Corps, Communication et violence à l'adolescence" sous la direction de Claire Bélisle. Editions Chronique Sociale. 2009.
Photo 4 : "Adolescente blonde avec cigarette", P. Baldesare/Photofusion/Editing. "Adolescents, amour, sexualité" sous la direction de Claire Bélisle. Editions Chronique Sociale. 2003.

Photos reproduites avec l'aimable autorisation des Editions Chronique sociale. www.chroniquesociale.com

Accès au soin en Mission Locale et Réseau de santé

Marie-Odile Aïlane

Dans les Missions locales, les psychologues cliniciens participent également à l'orientation vers le soin psychiatrique. Ceci suppose à la fois de mobiliser ces jeunes, pour travailler avec eux leurs résistances à se soigner et à accéder à un emploi protégé, mais aussi, de travailler avec les partenaires internes et externes à la Mission Locale. Bien que ces accès au soin ne concernent qu'une minorité de jeunes de Mission Locale, nous voudrions évoquer ici, cette coopération partenariale organisée par un réseau de santé.

L'art du *travail à plusieurs* suppose d'identifier la position de l'autre et la sienne. Sont-elles articulées les unes aux autres ou s'ignorent-elles ? Y a-t-il un décalage par rapport à ce qu'on pouvait attendre des missions du partenaire et de la sienne ? À quels moments y a-t-il confusion des missions ? Et lorsque les missions des uns ou des autres sont annihilées ou perverties, peut-on comprendre la nature des liens partenariaux, comme un *inter-transfert* (Kaës R., 1982), c'est-à-dire, en partie, comme un effet de la problématique psychique du jeune sur les professionnels et sur les liens partenariaux ? Réciproquement, sous quelles conditions le repérage de l'inter-transfert permet-il de dénouer les obstacles dans l'accompagnement du jeune ?

Dans un autre domaine, celui du sport d'équipe, la théorie du « rugby de mouvement » a révolutionné le jeu d'équipe depuis les années 60. Penseur de l'action et de la spontanéité, R. Deleplace, son auteur, considérait que l'initiative du joueur qui prend la balle en main conditionne les actions de ceux qui n'ont pas le ballon. Les joueurs doivent moins juger cette initiative qu'adapter leur action dans le domaine où ils sont le plus forts pour prolonger son mouvement vers la ligne d'embut. Sa formule du jeu d'équipe était : « l'improvisation, ça se travaille ».

Dans le domaine de la santé psychique, le professionnel ou l'institution qui « prend la main » est celui ou celle qui se trouve le (la) mieux placé(e) dans l'investissement du jeune. Son initiative est possible pour autant que sa position est repérée et légitimée par les différents acteurs, prêts à tout instant à l'étayer ou à « reprendre la main ». Ce repérage suppose un dispositif où les partenaires pourront identifier ensemble leur suivi et se former au « travail à plusieurs ».

Le réseau pour adolescents organise ce dispositif sous la forme de Réunion de Concertation Pluridisciplinaires. Financé par l'Agence Régionale de Santé, le Réseau est administré par un Groupement Coopératif Sanitaire et Médico-Social et piloté par les institutions adhérentes au Réseau. Toute institution du territoire peut y adhérer, acceptant, par conséquent, la charte de confidentialité et de secret partagé du Réseau. C'est le cas de la Mission Locale. Un Coordinateur organise les Réunions de Concertation, au cours desquelles il soutient les échanges entre les partenaires participants, souligne leurs points de vue en référence à leur mission et les leur restitue ultérieurement par un écrit. Ce dispositif de concertations éphémères et cadrées, où chaque partenaire se situe, *a priori*, sur un pied d'égalité, est une instance qui permet de contenir les liens partenariaux, sur le modèle de ce que P. Benghozi développe en 2007 en proposant la notion de lien-réseau. Ces réunions ne se substituent ni à l'élaboration ni aux décisions internes aux institutions. Elles impliquent le recueil de l'adhésion du jeune, par écrit, et la désignation par lui d'une « personne d'appui » chargée de lui transmettre la teneur des discussions.

Nous illustrerons notre propos sur le travail à plusieurs, par l'exemple d'un suivi qui se déroule dans une petite ville d'un canton rural où l'éloignement et l'insuffisance des offres médicales impactent les suivis; ce qui contribue a favoriser, par nécessité, le travail en réseau. Benoît est un jeune homme de 19 ans, dont la problématique psychotique a crispé les liens d'équipe et inter-partenariaux sans les rompre, notamment par l'appui trouvé dans le dispositif de Réseau et un mode de penser contenant le travail à plusieurs. Sur un peu plus d'une année, on peut distinguer trois périodes successives.

Remise en jeu en équipes et entre partenaires

Sa conseillère d'insertion m'adresse Benoît, n'arrivant plus à dégager de perspective d'insertion réellement adaptée pour lui et sollicite conjointement une travailleuse sociale de la Maison des adolescents pour soutenir et concrétiser l'orientation vers un travail protégé, Maison des adolescents où j'interviens également.

Dans cette « remise en jeu » à deux institutions, les concertations internes à la Mission Locale et à la Maison des adolescents mettent en évidence des suivis bien articulés les uns aux autres. Sa conseillère me fait part de son sentiment d'impuissance. Benoît a démissionné de la formation qu'elle lui avait soigneusement mise en place, ne s'adaptant pas au groupe et subissant des maltraitances de ses pairs. Elle s'interroge également sur sa compliance aux soins du C.M.P.

À la Maison des adolescents, l'assistante sociale l'aide dans la réalité, à reconnaître et faire valoir son handicap, pour accéder à un emploi protégé. De mon côté, je le rencontre en entretiens hebdomadaires au sein de la Mission Locale, pour tenter de prendre en compte son besoin d'être rassuré sur son devenir. Il évoque ce que C. Demetriades (2009) appelle des « souffrances d'exclusion » qui sont « à la fois l'origine et la conséquence des processus répétés d'exclusion ». Benoît attribue ses difficultés à des manquements externes, notamment à des maltraitances de professionnels dès son entrée à l'école, ce qui me semble révéler une insécurité interne précoce, actuellement très perceptible. Ses parents ont cependant refusé plusieurs propositions de soin et d'orientations spécialisées. À l'adolescence, Benoît a connu ce qu'il nomme « sa dépression » où ses alcoolisations quotidiennes visaient à faire taire les voix qui lui intimaient de se suicider, comportement ayant entraîné son exclusion scolaire. Orienté par sa conseillère d'insertion, il y a un an, Benoît a consulté sans donner suite, le médecin psychiatre du C.M.P. local qui a posé un diagnostique de schizophrénie auquel les parents se sont opposés. Je l'encourage à reprendre contact avec ce médecin. Dernier d'une fratrie de quatre enfants, Benoît décrit sa mère comme particulièrement anxieuse, mettant la famille sous pression par des colères qu'il redoute beaucoup. Il semble découvrir aujourd'hui la présence d'un père qui a longuement été physiquement et psychiquement absent du fait de ses activités professionnelles qu'il vient de cesser et qui le retenaient régulièrement éloigné.

Déplacement dans l'espace de jeu et découverte des tensions

Succédant à un premier temps bien articulé comme au rugby, pour aller de l'avant, le « jeu » d'accompagnement de Benoît a dû laisser se déployer certains déséquilibres qui ont introduit confusions, incohérences et inversion de places.

Premières confusions et inversion de places repérées : L'assistante sociale de la Maison des adolescents, que Benoît rencontre finalement intensivement, se découvre décentrée du travail protégé par l'écoute des soucis envahissants de Benoît concernant la santé de sa mère et la menace de séparation du couple parental. Elle semble investie d'une fonction de contenance psychothérapique. Tandis que je me découvre aux prises avec la négativité : moins assidu à nos rencontres, Benoît s'y montre de plus en plus angoissé. Il s'accroche à ses idéaux professionnels, surestime ses compétences et refuse de consulter le médecin du C.M.P. par crainte des effets secondaires du traitement. J'ignore un temps, le climat familial dégradé. J'ai alors le sentiment d'occuper une fonction de « super-conseillère à l'insertion » et me sens à mon tour impuissante et envieuse de l'écoute prodiguée par l'assistante sociale.

Par ailleurs, du côté de l'insertion professionnelle, nous découvrons que la demande portée par sa conseillère d'insertion, d'un mois de stage en entreprise d'insertion est devenu un projet de contrat de travail de six mois dans cette entreprise horticole. Ni Benoît ni l'encadrement ne signalent sa phobie des insectes qui empêche pourtant toute activité et lui rend son stage si éprouvant, ce qui sera mis en évidence en fin de stage. Ainsi, le projet est seulement fondé sur une illusion quant à ses capacités.

Nos réactions émotionnelles de colère, d'envie et de tensions entre les différents partenaires intervenants auprès de ce jeune, à la découverte des positions occupées ou portées par les uns et les autres, invitent à penser au constat fait par B. Penot (2006) en institution de soin aux adolescents, concernant le « désaveu mutuel » entre soignants. Il note qu'il s'agit « moins de conflit que d'incompatibilité entre plusieurs positions subjectives – avec une remarquable impossibilité pour chacun des soignants impliqués de s'identifier au point de vue de l'autre ». Comme sous l'effet de la diffraction des transferts en psychodrame individuel, il suggère aux soignants d'accepter de se faire l'hôte des « inductions subjectives » dans une formule « développée, projetée du déni-désaveu-clivage » du patient, le temps nécessaire aux « empreintes perceptives précoces n'ayant pu acquérir de véritable image mentale » de se symboliser par le travail institutionnel qu'il détaille. B. Penot distingue les défauts de symbolisation primaire se réactualisant par « induction subjective » qu'il nomme « transfert subjectal » par opposition au « transfert objectal » organisé en fantasme.

Ainsi, les effets destructeurs des confusions et tensions générant des vécus incompatibles entre partenaires pourraient être compris en formulant deux hypothèses : Mon ressenti envieux à l'égard de ma collègue, assistante sociale, serait induit par l'attitude de la mère face aux menaces de « dépossession » par les tiers institutionnels. La proposition de l'entreprise horticole d'un contrat d'insertion au lieu d'un simple stage serait induite par l'idéalisation des compétences et le déni de sa réalité par Benoît. Sur le moment, nous sommes en mesure de soutenir la position de l'assistante sociale qui semble « avoir la balle en main » en proposant d'une part, à Benoît et ses parents, des rencontres à la Maison des adolescents, en binôme assistante sociale et moi-même, psychologue, et d'autre part, en conviant les partenaires concernés à une réunion de Réseau.

Les rencontres en binôme à la Maison des adolescents, difficiles à contenir viendront confirmer l'indifférenciation mère-fils n'admettant pas de tiers et la confusion entre le passé et l'actuel des « souffrances d'exclusion ». La mère menace violemment de dénoncer, comme maltraitant, toute velléité de séparation entre elle et son fils. Seule, la Mission Locale et ses emplois normalisant gardent crédit à ses yeux. Toutefois, nous revenons sur l'échec dans l'entreprise horticole qui semble porteur d'une ouverture. En effet, de retour chez lui après ce bilan négatif, Benoît a commis un acte impulsif en s'entamant avec un couteau comme pour « couper court » à la colère de sa mère qui lui faisait face. Elle-même se sentait violentée par le diagnostic psychiatrique que son fils venait de brandir, en son absence, au bilan, pour justifier son inaptitude. Après ce geste retourné contre lui, dans la crainte que sa mère ne mette fin à ses jours en son absence, Benoît a une nouvelle fois refusé une hospitalisation en psychiatrie malgré son besoin d'apaisement, mais il a pu rencontré son médecin psychiatre lors de son bref passage aux Urgences du Centre Hospitalier. À partir de cette symbolisation en acte de la séparation, Benoît acceptera de rencontrer son médecin, et la mère, de mettre en place un soin pour elle-même.

Cependant, durant cette période où nous découvrons, comme la famille, la fermeture du C.M.P, les angoisses familiales et partenariales s'accroissent sensiblement. Le jeune homme est envahi et dépose dans l'espace urbain où il inquiète par des troubles du comportement qui font l'objet de plaintes. Le père, en détresse, dénonce l'insuffisance de l'accompagnement, menaçant la Maison des adolescents, sans entendre nos exhortations à faire hospitaliser Benoît !

Approche en réseau de la ligne d'embut

Comme prévu, une première réunion du Réseau rassemble la Mission Locale, la Maison des adolescents et le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale qui vient d'être notifié par la Maison Départementale du Handicap (Maison de l'Autonomie). Benoît a adhéré à notre proposition de réunion en désignant comme « personne d'appui », à notre grande surprise, le Médecin du C.M.P. qu'il vient de rencontrer au Centre Hospitalier. Le C.M.P. étant fermé, celui-ci sera donc absent. Face à cette absence, *chargées* des angoisses familiales, nous nous découvrons, en écho des projections de Benoît et sa famille, tentées de désavouer ce service retenu ailleurs pour des raisons institutionnelles, comme le père l'était par la mère en prenant appui sur ses déplacements professionnels ! De son côté, la conseillère d'insertion, habituellement au fait des parcours des jeunes, éprouve des difficultés à transmettre le suivi de Benoît au Service d'Aide à la Vie Sociale, comme s'il s'agissait de tenir Benoît hors les circuits du handicap ! Dans une ambiguïté de plus en plus évidente dans ce moment critique, nous nous découvrons induites à désavouer les tiers, au point de ne pouvoir ni transmettre ni soutenir la situation de Benoît ! Penser l'incompatibilité en termes de transfert induit par la problématique familiale permettra néanmoins de contenir nos craintes de ne pouvoir faire face aux projections familiales destructrices et d'ajuster l'orientation vers le travail protégé.

Une seconde réunion du Réseau sera programmée après plusieurs semaines, le C.M.P. étant à nouveau ouvert. Une Assistante sociale du secteur de psychiatrie, nouvellement affectée au C.M.P proposera de prendre le relais de l'orientation vers le travail protégé. La transmission à l'équipe de psychiatrie de l'accompagnement malmené par nos craintes d'abandon et d'omnipotence, permettra de restaurer le lien avec le C.M.P. Le soin prendra plusieurs années, « transformant l'essai » sans recourir à d'autre réunion de Réseau.

Benoît vit aujourd'hui en foyer d'hébergement et travaille dans un emploi protégé qui semble lui convenir.

Si nous avons choisi d'évoquer un jeune dont la problématique psychique nécessite une orientation vers des soins en psychiatrie et une reconnaissance de son handicap, c'est pour souligner que l'accueil de jeunes particulièrement déroutants en Mission Locale, implique un suivi psychologique interne et la prise en compte des partenaires externes avec une attention particulière aux liens interinstitutionnels.

En effet, le suivi de Benoît met en évidence les difficultés des adolescents présentant une pathologie psychique à accéder aux soins institués. Ces soins, indispensables pour contenir leurs angoisses psychotiques et restaurer leur capacité d'appropriation subjective, ne semblent pouvoir être acceptés qu'à partir d'un accompagnement veillant à penser les effets sur le lien réseau, des transferts subjectaux induits par leur problématique psychique, qui crispent les articulations interpartenariales à l'insu des partenaires. Penser en ces termes, évite de contre-agir ces transferts subjectaux par des « arrêts de jeux » où les partenaires et les institutions se retrancheraient derrière les frontières de leur mission, parfois, effectivement désavouées. Les professionnels peuvent retrouver une place et une fonction les uns par rapport aux autres, préservant « celui qui a la balle en main ». Dans notre exemple, à partir du moment où les mouvements affectifs, sont pensés comme effet des transferts, un nouvel équilibre entre partenaires peut être retrouvé. L'assistante sociale et moi-même, psychologue, par exemple, pouvons accompagner la famille en binôme plutôt que de contre-agir nos incompatibilités sous l'effet des clivages induits par la problématique de Benoît. Les orientations vers le soin et le travail protégé peuvent être accompagnés, évitant l'« arrêt de jeu » comme à la première adresse de Benoît au C.M.P.

Si nous avons également choisi d'évoquer un jeune dont la problématique ne peut être contenue uniquement par des entretiens individuels en Mission Locale, c'est pour montrer l'intérêt d'une contenance intermédiaire par le lien réseau à laquelle les professionnels de Mission Locale peuvent participer. Nous avons vu que le Réseau propose un dispositif de concertation où traiter des liens inter-partenariaux. Dans notre exemple, l'orientation de Benoît a pu représenter une ouverture et non la répétition d'exclusions antérieures qui nourrissent les résistances.

Les psychologues en Mission locale peuvent coopérer au développement d'outils de concertation-élaboration où mettre au travail l'altérité, formant de fait, au travail en réseau. « L'improvisation, ça se travaille » disait l'inventeur du « rugby de mouvement ».

Marie-Odile Aïlane,
Psychologue clinicienne
Mission Locale de la Bièvre (MOB)
Antenne Isère-rhodanienne de la Maison des Adolescents (38)

Bibliographie

Benghozi P. (2007) « Le lien réseau », in Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, n° 48, Erès, Ramonville Saint-Agne, pp.163-174
Demetriades C. (2009) « Un enjeu majeur : prendre en compte la souffrance psychique des jeunes », in La Santé de l'homme, n° 399.
Kaës R. *et al.* (1982) « L'inter transfert et l'interprétation dans le travail psychanalytique groupal », in Le travail psychanalytique dans les groupes 2, DUNOD, Paris, pp.103-177.
Penot B. (2006) « Pour un travail psychanalytique à plusieurs en institution soignante », in RFP, tome LXX, PUF, pp.1079-1091.

L'étude de terrain : connaissance du public et outil de travail

Jeremy Methivier

L'activité principale des psychologues en Mission Locale est la rencontre du public. Après cette activité incontournable viennent deux aspects importants. Le premier correspond à une activité de liaison depuis le soutien aux équipes en individuel à l'orientation et l'accompagnement du public à l'extérieur. Le second correspond à une activité de réflexion institutionnelle, où il est question d'analyse de la pratique, de soutien aux équipes en groupe et de travail institutionnel [d'après les résultats du questionnaire des « Psy intervenant en Missions Locales et PAIO » (2011)]. De ce point de vue, une meilleure connaissance de la santé mentale du public accueilli en Mission Locale peut sembler utile. Elle pourrait, non seulement favoriser la prise en charge psychologique, mais également fournir un support de travail auprès des équipes et des responsables. Or la santé mentale de ce public ne fait, pour l'heure, l'objet que d'un nombre très limité d'études. Et comme pouvait le souligner une étude récente du CETAF en parlant des jeunes adultes en insertion : « le manque crucial de données sur cette population est un obstacle à leur prise en charge effective » (CETAF-CES, 2009, p.1). C'est dans cette optique que nous avons procédé à l'étude présentée ici.

Le public en insertion

Les jeunes de 16 à 25 ans en recherche d'insertion sont confrontés à des difficultés de santé y compris des souffrances psychologiques (Catel P., 2009). Ces difficultés seraient plus importantes pour cette population que pour les jeunes actifs du même âge. Près de 19 % des jeunes en insertion déclareraient être en souffrance psychologique et près de 7 % souffriraient de dépression. Les jeunes en insertion seraient deux fois plus en souffrance psychologique que les jeunes actifs du même âge.

Si l'on en croit certaines études récentes, cette souffrance psychologique pourrait s'apparenter à des états dépressifs et anxieux. En effet, la prévalence des troubles dépressifs et anxieux en population générale est élevée (Caria A., 2010, Lepine J.P. et al., 2005, Rouillon F., 2008). De plus, la précarité, l'entrée dans l'âge adulte ou l'absence d'activité rémunérée constituent autant de facteurs de risque de présenter un de ces troubles.Ces troubles ont un fort impact sur la qualité de vie ou sur la productivité au travail (Rouillon F., 2008). De ces troubles nous pouvons avoir à l'esprit les éléments suivants.

Troubles dépressifs

Sur les douze derniers mois, la prévalence des troubles dépressifs pourrait s'étaler en population générale de 6,7 % (Lepine J.P. et al., 2005) à 7,8 % (Lamboy B. et al., 2007). Les évènements de vie stressants sont des facteurs favorisant la survenue de troubles dépressifs. Le statut vis-à-vis de l'emploi fait partie des variables sociodémographiques (Lamboy B. et al., 2007). La population à risque est surtout féminine (deux femmes pour un homme), de tout âge et de tous milieux sociaux, avec une surreprésentation dans les milieux socioéconomiques défavorisés (Rouillon F., 2008). L'âge de début de la dépression est en évolution, on assisterait à un rajeunissement progressif. La dépression a un impact socioéconomique important, elle peut entraîner une perte de productivité ou conduire à des désorganisations de la vie familiale et professionnelle (Rouillon F., 2008). Ces désorganisations peuvent conduire à pérenniser le trouble. Des niveaux subsyndromiques peuvent être à l'origine d'incapacités sociofamiliale et socioprofessionnelle.

Troubles anxieux et phobiques.

La prévalence sur la vie de l'agoraphobie varie de 1 à 7 % en population générale, la phobie sociale varie de 0,5 à 4 % (Caria A., 2010). La prévalence du Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG) peut être estimée en population générale à 9,8 % sur les douze derniers mois (Lepine J.P. et al., 2005). La prévalence des troubles anxieux au cours de la vie pouvait même être évaluée à 24,1 %. Ces troubles concernent deux fois plus les femmes que les hommes, plutôt des sujets jeunes d'âge moyen et ayant un statut socioéconomique défavorisé. Selon les études, la prévalence globale pour les troubles anxieux (TAG et troubles phobiques) serait estimée à 10 % en population générale (Rouillon F., 2008). Les déterminants des troubles anxieux s'apparentent à ceux des troubles dépressifs pour les caractéristiques sociodémographiques. Une prévalence accrue des troubles anxieux serait liée à l'âge. Les sujets jeunes adultes en seraient les plus témoins. Les individus sans emploi rémunéré seraient plus touchés par les troubles dépressifs ou anxio-dépressifs (Lepine J.P. et al., 2005).

Si les troubles anxieux et dépressifs se retrouvent plus fréquemment auprès des populations précaires ou de jeunes adultes et sont liés à des baisses de productivité, nous pouvons supposer qu'ils peuvent concerner massivement les jeunes adultes en recherche d'insertion. L'objectif était d'évaluer la prévalence actuelle des troubles anxieux (TAG, agoraphobie et phobie sociale) et dépressifs de jeunes adultes en recherche d'emploi fréquentant des Missions Locales.

Pour cela, les sujets ayant participé à cette étude étaient de jeunes adultes inscrits dans les Missions Locales des départements de la Marne et de la Haute-Marne (*cf.* « prévalence des troubles anxieux et dépressifs en Mission Locale[1] »). Les questionnaires ont été proposés sans distinction aux personnes se présentant à l'accueil des établissements. Les sujets ont répondu en individuel. Il leur a été demandé de répondre à deux échelles. La première était la HAD et la seconde, le questionnaire de peurs, avec les seules questions relatives à l'agoraphobie et la phobie sociale. La HAD permet d'évaluer les dimensions d'anxiété et de dépression. Le questionnaire des peurs permet d'évaluer les dimensions d'agoraphobie et de phobie sociale. Pour les quatre dimensions, nous retiendrons, deux niveaux : trouble absent ou modéré et équivalent à un niveau pathologique du trouble.

1 voir page 27 de ce numéro pour un exposé précis des résultats

En Mission Locale.

La population était alors composée de 381 personnes (234 femmes, 221 pour la Haute-Marne), l'âge moyen était de 20 ans et 8 mois. Pour les niveaux d'anxiété, 38 % des personnes interrogées présentaient un niveau équivalent à un niveau pathologique. Les femmes sont plus concernées que les hommes. Le niveau d'anxiété augmente avec l'âge des individus. Pour les niveaux de dépression, 7 % des personnes présentaient un niveau équivalent à un niveau pathologique. Pour l'agoraphobie, ce sont plus de 15 % des personnes qui présentaient un niveau équivalent à un niveau pathologique. Les femmes semblaient plus concernées que les hommes. Pour la phobie sociale, ce sont plus de 23 % des personnes qui présentaient un niveau équivalent à un niveau pathologique. Encore, une fois les femmes étaient plus concernées que les hommes.

De manière générale, ce sont plus d'une personne sur deux qui présentait au moins un niveau équivalent à un niveau pathologique à l'une des quatre dimensions sondées.

Facteurs socio-démographiques et prévalence.

Le TAG, l'agoraphobie et la phobie sociale sont apparus liés au sexe. Le niveau de TAG augmente avec l'augmentation de l'âge. Les relations entre le genre et les niveaux de pathologies étaient attendues. Il était attendu également les relations entre l'âge et le TAG. Ces résultats confortent des résultats déjà connus, mais apportent un éclairage nouveau sur la prévalence de ces troubles. En effet, nous pouvons constater une prévalence extrêmement importante du TAG, de l'agoraphobie et de la phobie sociale dans la population étudiée. Ces résultats semblent conforter l'idée que la santé des populations précaires présente, non pas des caractéristiques spécifiques, mais bien une concentration importante et massive de problèmes observés auprès de la population générale (La Rosa E., 1998).

Cette étude confirme la prévalence élevée des troubles anxieux et dépressifs au sein de la population de jeunes adultes fréquentant les Missions Locales.

Elle montre l'intérêt de mener à bien des recherches de plus grande ampleur auprès de ce public et confirme également la nécessité de la prise en compte de ces troubles dans l'accompagnement des personnes en difficulté d'insertion. Par ailleurs, ce type d'étude peut offrir un support concret pour travailler auprès des équipes et des responsables.

L'étude comme outil de travail.

En effet, bien que les résultats soient à prendre avec précaution, ils fournissent un outil intéressant pour travailler avec les équipes sur leur représentation du public ou leur approche de l'insertion socioprofessionnelle par exemple. Ils permettent, entre autres, aux équipes de donner un autre sens à certains comportements de jeunes. De ce point de vue, le travail de soutien aux équipes peut consister à fournir des grilles de lecture différentes des comportements de jeunes. Les jeunes peuvent avoir des difficultés à nous dire non parce qu'ils se focalisent sur leur peur de nos réactions. Ils peuvent ne pas être présents à une formation qu'ils ont acceptée parce qu'ils ont peur de se retrouver dans un groupe, de devoir y prendre la parole, d'être exposés au regard des autres. Ils peuvent avoir du mal à rester concentrer parce qu'ils sont anxieux. Ils peuvent ne sembler motivés par rien parce qu'ils sont déprimés... De telles grilles peuvent offrir des éléments d'information plus appropriée au sujet du public. Dans le même temps, elles peuvent également faciliter l'orientation vers le psychologue.

De telles études de terrain apportent une connaissance plus fine du public accueilli en Mission Locale. Elles confirment la nécessaire prise en compte de la souffrance psychologique du public. Elles peuvent fournir un outil pour le travail de soutien et de partenariat aux équipes.

Jérémy Méthivier,
psychologue.

Bibliographie

CETAF-CES, *La santé mentale des jeunes en insertion*, 2009.http://www.cnml.gouv.fr/IMG/pdf_20100325_RE_SAME.pdf

Catel P., Jeunes en insertion : la santé en question, in *La santé de l'homme*, 2009, n° 399, pp.14-17.

Caria A., Roelandt J-L., Bellamy V., & Vandeborre A. Santé mentale en population générale : Images et réalités (Smpg) : Présentation de la méthodologie d'enquête, in *L'encéphale*, 2010, Supplément au n° 3, pp.1-6.

Cottraux J., Bouvard M. et Messy P., Validation et analyse factorielle d'une échelle de phobies, in *L' Encéphale*, 1987, n°13 (1), pp.23-29.

Lamboy B., Léon C., & Guilbert P., Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005, in *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 2007, n° 55, pp.222-227.

La Rosa E., *Santé, précarité et exclusion*, PUF, Paris, 1998.

Lépine J.P., Etude épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux dans la population générale, in *Annales Médico-Psychologiques*, 1993, n°151, pp.618-623.

Lepine J.P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S, Negre-Pages L., Nachbaur G., & Gaudin A.F. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMed/MHEDEA 2000/ (ESEMed), in *L'encéphale*, 2005, n ° 31, pp.182-194.

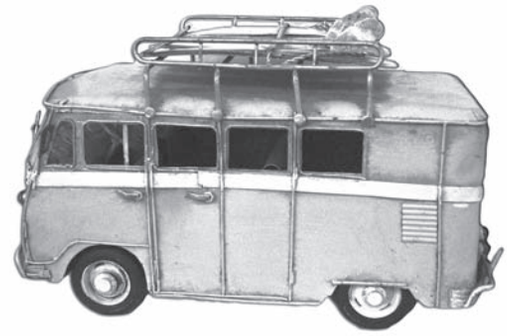
Mizes J.C. et Crawford J., Normative values on the Marks and Mathews Fear Questionnaire : a comparison as a function of age and sex, in *Journal of Psychophathology and Behavioral Assessment*, 1986, n°8 (3), pp.253-262.

Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques, in *Annales Médico-Psychologiques*, 2008, n ° 166, pp.63-70.

à propos...

Un PAEJ itinérant, une pratique clinique de l'aller-vers

Claire Garnier, Lucia Clouzeau



Présentation

Dyna'mots est un Point Accueil Ecoute Jeune (PAEJ) qui a ouvert en septembre 2006, géré par l'association Median.

L'association Median intervient sur le Nord Isère au titre de la protection de l'enfance, elle comprend plusieurs services : les équipes de prévention spécialisées sur cinq secteurs, les chantiers éducatifs, le dispositif d'Accompagnement Jeunes Adultes (AJA), le PAEJ Dyna'mots et l'accueil généraliste de la MDA (2009).

Dyna'mots est aussi une antenne mobile de la Maison des Adolescents Nord Isère.

Nous sommes deux psychologues à mi-temps qui travaillons à Dyna'mots. Notre PAEJ est itinérant sur le bassin Nord Isère. Nous proposons des accueils dans cinq villes, une ville par après-midi, hors vacances scolaires.

Pour faciliter cette mobilité, nous avons un espace d'accueil spécifique : un bus ou plutôt un camping-car aménagé. Nous n'avons pas de salle d'attente, pas de secrétariat. Nous avons à l'arrière du bus deux banquettes face à face, nous nous y installons pour recevoir les jeunes. Plus à l'avant, nous avons un bureau. Nous avons une valise à roulette qui nous permet de transporter notre ordinateur portable et notre téléphone, que nous récupérons avec les clés du bus, au siège de l'association. Notre bus est repérable de part sa couleur - jaune vif - et l'inscription sur la carrosserie : «Un coup de pas bien, Dyna'mots, le bus qui roule pour vous ».

Nous conduisons chacune le véhicule sur les lieux de permanences. Ces lieux sont définis et indiqués sur les *flyers* et affiches qui ont été distribués.

Nous stationnons, pas trop loin, ni trop près, des collèges et des lycées, pour permettre aux élèves de venir plus facilement à notre rencontre : « aller vers… », chacun faisant un pas vers l'autre.

Nous ne recevons pas les jeunes ou leur famille en binôme, nous avons chacune « nos villes ».

Au début du projet, les jeunes pouvaient spontanément se présenter au Bus pour un rendez-vous. Depuis deux ans maintenant, nous précisons qu'il est préférable de prendre rendez-vous par téléphone car les permanences, dans la majorité des villes, sont complètes. Le téléphone portable, objet de communication privilégié par les jeunes est un outil précieux. Ils prennent contact en appelant ou par SMS. Le premier contact est toujours avec l'une des psychologues du bus, il n'y a pas d'intermédiaire.

En France, à ma connaissance, il existe une seule autre équipe mobile pour adolescents en difficulté. Elle a été crée à partir du service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, sur Rennes. Une équipe mobile pluri-professionnelle (interne en psychiatrie, pédopsychiatre, psychologues cliniciens, infirmiers, éducateurs spécialisé,...) qui se déplace, eux aussi, avec un camping-car aménagé[1].

Clinique de l'aller vers : une construction identitaire…

Suite à la demande de la DDASS pour que l'association Median porte le projet d'un PAEJ, Dyna'mots est né. L'idée d'utiliser un véhicule aménagé, pour aller vers les jeunes fut rapidement centrale dans les prémices du projet.

Les psychologues sont arrivés après-coup, le projet était déjà ficelé, il restait à le mettre en œuvre. La prévention spécialisée et donc les éducateurs de rue, principal corps de métier à Median, ont vu arriver des psychologues dans leur structure, psychologues qui eux-aussi, à leur manière, allaient aller-vers.

Le bus a été imaginé à la fois pour faciliter une démarche, pour démystifier le psychologue et proposer un cadre de rencontres différents pour les jeunes de 11 à 21 ans (voire 25 ans).

Des directives de départ définissaient notre cadre clinique, par exemple :

- 6 rendez-vous maximum
- accueil uniquement des jeunes dans le Bus, les partenaires et les parents devant être accueillis sur un autre temps et lieu que celui des permanences pour les jeunes.

Nous avons dû mettre au travail ce dispositif et apporter « notre touche psy ».

Notre quête identitaire a commencé avec un retour aux origines…

C'est-à-dire à la naissance des PAEJ et donc à la circulaire du 12 Mars 2002. Cette circulaire précise: « *Les points d'accueil et d'écoute jeunes constituent des formes d'intervention légères qui peuvent jouer utilement un rôle de proximité défini autour d'une fonction préventive d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes exposés à des situations de risque, et de leur entourage adulte.* »

1 Tordjman S., « Equipe mobile pour adolescents en difficultés, de la mobilité du cadre à la mobilité du processus », in Furtos J., Les cliniques de la précarités, Masson, Paris, 2008, p.210.

Les PAEJ ne doivent pas se substituer aux services de droit commun existant mais proposer un autre cadre, un autre espace où l'on se soucie aussi de la santé psychique.

Aller-vers… dans un cadre spécifique, non connoté de social, psychiatrique ou éducatif, un dispositif alternatif !

Au départ, nous avons dû faire preuve de pédagogie pour expliquer aux professionnels de notre institution mais aussi des institutions extérieures les objectifs de Dyna'mots et notre cadre clinique.

Nous sommes allés principalement vers les CMP et les établissements scolaires avant d'aller vers les jeunes. Les établissements scolaires, car ils étaient ceux qui pouvaient nous adresser des jeunes et les CMP, car nous pouvions leur adresser des jeunes.

Une question centrale apparut dans ce travail partenarial : quelle place allions-nous prendre et donc quelle place allaient-ils nous donner ?

Mais aussi d'autres interrogations : Qu'allions nous faire dans ce bus ? Comment ? Pourquoi ? Quel partenariat allions-nous pouvoir développer pour travailler ensemble dans le respect de la place et de la fonction de chacun ?

Nous avons rencontrés quelques réticences, voire résistances !

Les questions du coté des CMP étaient sur nos orientations théoriques : psychanalytique, systémique… Un accompagnement sur du court terme, donc comportementaliste ? Pour l'éducation nationale, les questions étaient plus pragmatiques : le temps d'accueil étant de 13 heures à 17 heures, c'est-à-dire un temps scolaire, comment allions-nous pouvoir recevoir les collégiens ?

Mais surtout allions-nous rester, ou étions-nous encore, un de ces dispositifs qui naît et disparaît ?

Pour les établissements scolaires, c'est à chaque rentrée que nous reprenons contact avec les équipes médico-sociales et éducatives. En 2008, il a été demandé, pour l'ensemble de l'association Median, l'agrément de l'éducation nationale, ce qui était parfois mis en avant pour expliquer que nous ne pouvions pas faire des interventions dans les classes, rencontrer les élèves pour présenter Dyna'mots.

Mais ce qui a réellement permis de lever les boucliers ce sont les rencontres lors des réunions de bassins des assistantes sociales, ou des conseillers principaux d'éducation. Certains établissements ont été moins frileux au départ, les portes se sont facilement ouvertes. Nous avons pu utiliser ces exemples pour présenter notre cadre de travail et les bénéfices que les élèves, mais aussi les professionnels, pouvaient trouver.

Des interventions dans les établissements scolaires comme par exemple des actions de prévention sur l'estime de soi/image de soi, l'alcool, internet,... sont réalisées. Nous pouvons être sollicités pour animer un groupe. Par exemple, je suis intervenue auprès de différentes classes de seconde qui ont visionnées un film sur le harcèlement scolaire. Cette action a été pensée avec le CPE et l'infirmière du lycée. Nous ne venons pas avec des propositions toutes prêtes. Nous nous adaptons à la demande. Aussi, à travers ces rencontres, les élèves identifient à la fois le Bus et la personne qui assure la permanence.

Les CMP ont aussi compris notre fonctionnement et peuvent parfois nous orienter des jeunes quand leurs délais d'attente sont trop longs ou quand, suivant la demande exprimée, ils leur semblent plus pertinent de proposer aux parents de contacter Dyna'mots.

Ce tricotage avec et entre les institutions est toujours d'actualité et me semble-t-il nécessaire pour (re)donner du sens, ajuster, améliorer, en fait nous accorder (au sens de Daniel Stern). L'important étant que des adultes soient capables de « s'articuler de manière cohérente et contenante pour venir en aide au jeune. »[2]

Ce maillage s'étoffe d'année en année, un réel partenariat s'est créé. Une complémentarité s'établit pour permettre un passage, pour pouvoir adresser, pour s'articuler. Comme le précise Elisabeth Aubert, « la démarche – non exclusivement thérapeutique – tend à prendre appui sur la diversité des compétences de l'environnement tout en luttant contre les risques de dispersion entre les multiples intervenants. »[3]

Nous avions donc à clarifier notre identité pour nous-mêmes et pour les autres !

Nous ne sommes pas rattachés à la pédopsychiatrie, ni à la psychiatrie, nous ne dépendons pas de l'éducation nationale, ni même des services sociaux. Nous ne sommes pas non plus sans attache, sans racine. Nous avons donc au fil des rencontres éclaircit notre mission et définit notre identité. «Petit PAEJ est devenu grand» mais pour cela il a du vivre son adolescence !

Nous avons trouvé notre identité dans un entre-deux : entre la prévention et la clinique, je la nommerais prévention clinique. Nous ne proposons pas de prise en charge à long terme, nous ne sommes pas non plus des préventologues. Nous offrons une écoute spécifique liée d'une part à notre fonction de psychologue et d'autre part au public accueilli. Nous proposons un accueil de proximité qui permet de faciliter les contacts et de construire des relations avec les partenaires de terrain et bien entendu avec le public visé. Nous proposons un accompagnement psychologique bref dans un cadre différent, un cadre perçu comme «dépathologisé» car identifié comme non-psychiatrique.

Ces réflexions nous ont permis de **définir notre clinique de l'aller-vers**, comme effectivement une alternative, une autre réponse possible et non pas une solution de remplacement, pas une « intervention légère » comme cela est noté dans la circulaire de 2002, mais **comme une réelle rencontre clinique**. Les PAEJ ne sont pas des lieux de thérapies, cependant une relation thérapeutique s'installe. Dyna'mots propose un espace clinique, donc pouvant avoir des effets.

La pratique à Dyna'mots amène constamment le psychologue à « être mis au travail concrètement, matériellement et psychiquement (…). L'intervention clinique en situation de précarité psychique implique le développement d'un accueil ou d'une hospitalité psychique particulière »[4] comme le précise Denis Mellier. Le dispositif demande au psychologue de sortir de sa posture dite classique d'attente d'une demande et de silence.

Une majorité de jeunes que nous rencontrons n'ont pas de demande, c'est l'école, la famille, un éducateur qui alerte et qui accompagne, parfois, au premier rendez-vous. Certes il y a des conflits à la maison, des difficultés à l'école, un malaise, un mal-être mais tout ceci n'est pas élaboré par eux.

Certains jeunes ne veulent pas ou plus aller au CMP, certains ne veulent pas entendre parler du psy car « ils ne sont pas fous » ou encore « Parler ? ça ne sert à rien ! ». D'autres rencontrent des difficultés qui ne relèvent pas d'un suivi CMP ou qui nécessitent une réponse plus rapide. C'est parfois en cela que nous sommes une alternative, car nous sommes un premier pas vers soi même, pour ensuite, pour quelques uns, aller vers le CMP, le psy en libéral ou d'autres propositions.

Pour conclure…

Nous ne sommes pas accueillies de la même manière dans les communes où nous intervenons. Quelle place « les politiques » veulent-ils nous accorder? Quelle limites nous fixons-nous pour que nous puissions faire un accueil dans des conditions suffisamment bonnes. Concrètement, nous avons besoin de l'électricité pour la climatisation ou le chauffage, une place de parking fixe et identifiée pour avoir une place à notre arrivée. Certaines communes ont réellement tout mis en place pour nous accueillir dans les meilleures conditions, d'autres non. Est-il nécessaire de rappeler l'étymologie du mot clinique, «qui a lieu auprès du lit des malades» ? La clinique de l'*aller-vers* ne s'éloigne pas de ce principe et semble même le renforcer mais elle y trouve aussi ces limites pour que la rencontre clinique se fasse dans des conditions acceptable d'accueil et d'écoute.

Le dispositif a été pensé et continue à l'être «en fonction de la personne à accompagner et de l'étape qu'il vise à accompagner»[5], comme le définit René Roussillon. Nous proposons un cadre de rencontre plus attrayant, moins connoté et plutôt innovant pour recevoir les adolescents.

Le bus fait référence au mouvement, au déplacement et en même temps il est une enveloppe contenante, une limite matérialisée entre le dedans et le dehors. Nous sommes à la fois seules dans le bus et reliées à l'extérieur, ancrées pour ne pas dériver, branchées.

Ainsi nous sommes amenées à vivre les paradoxes de l'adolescence.

Lucia Clouzeau[6] et Claire Garnier
Psychologues cliniciennes

2 Hachet P. (2009) Adolescents et parents en crise. Psychologue dans un Point Accueil Ecoute Jeunes, Champ social, coll. Enfance et Adolescence, Nîmes.

3 Aubert A.E., « L'analyse transitionnelle revisitée », in Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes, Erès, Toulouse, 2007, p.78.

4 Mellier D., « La précarité psychique et la spécificité du travail d'accueil de la souffrance», in Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes, Erès, Toulouse, 2007, p.85.

5 Roussillon R., Matot J.-P., La psychanalyse, une remise en jeu, PUF, Paris, 2010.

6 Lucia tenait à ce que nous publions un écrit sur notre pratique. Nous avons commencé ce travail ensemble, j'ai malheureusement dû le finir seule. Lucia nous a quittés, après un dur combat contre la maladie, en février 2012.

Prévalence des troubles anxieux et dépressifs en mission locale

Jeremy Méthivier

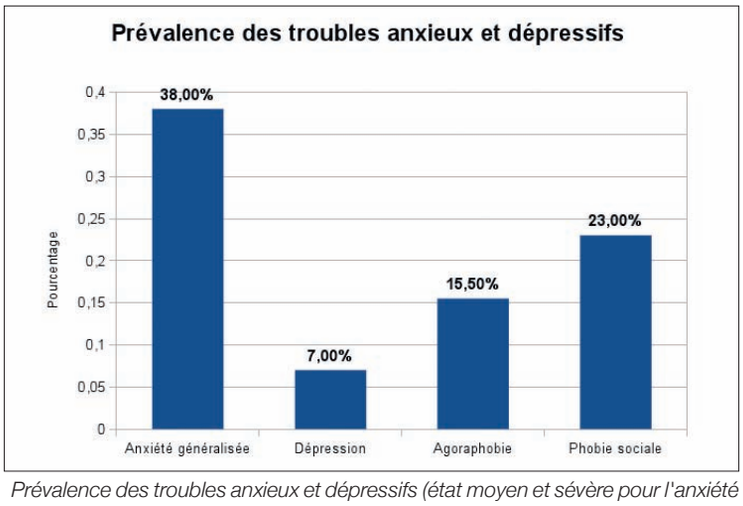
L'étude auprès de 381 personnes inscrites en mission locale a permis d'obtenir les résultats suivant. Les personnes devaient répondre à deux échelles. La HAD permet d'évaluer les dimensions d'anxiété et de dépression dans les populations non-psychiatriques (Lépine J.P., 1993). les scores vont de 0 à 21. Le questionnaire des peurs (COTTRAUX J. et *al*., 1987) permet d'évaluer les dimensions d'agoraphobie et de phobie sociale sur des populations non-psychiatriques (MIZES J.C. et CRAWFORD J., 1986). Les scores vont de 0 à 40. Il n'y a pas eu de différence (p<,05) de score d'anxiété, de dépression, d'agoraphobie ou de phobie sociale selon le département de passation.

Anxiété

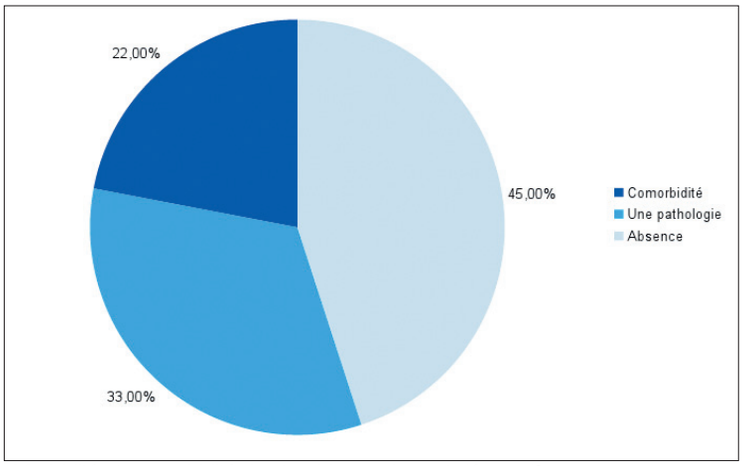
Le score moyen d'anxiété généralisée pour l'ensemble de la population étudiée était de 9,64 (σ=4,02). 26% (N=101) de l'échantillon présentait un niveau égal à un diagnostic douteux, 23% (N=87) un diagnostic d'état moyen et 15% (N=59) en présentait un sévère. Les scores moyens d'anxiété variaient selon le sexe (p<.00). Les femmes déclaraient un niveau d'anxiété plus élevé (10,48 (σ=3,94)) que les hommes (8,28 (σ=3,81)). Le niveau d'anxiété augmentait avec l'augmentation de l'âge (F(1,378)=7,40 p<,00).

Dépression

Le score moyen de dépression pour l'ensemble de la population étudiée est de 5,47 (σ=3,32). 17% (N=64) des personnes présentaient un niveau douteux du trouble et plus de 7% présentaient un niveau soit moyen (5%, N=21) soit sévère (2%, N=7). Ni le genre ni l'âge ne différencie le niveau de dépression.



Prévalence des troubles anxieux et dépressifs (état moyen et sévère pour l'anxiété et la dépression, équivalent pathologique pour l'agoraphobie et la phobie sociale)



Morbidité et comorbidité des troubles anxieux et dépressifs.

Agoraphobie

Le score moyen d'agoraphobie pour l'ensemble des répondants est de 9,91 (σ=8,84). Les femmes déclarent (à p<,03) un niveau d'agoraphobie plus élevé (10,68 (σ=8,98)) que celui des hommes (8,72 (σ=8,55)). L'âge ne différencie pas le niveau d'agoraphobie. En comparant la moyenne des scores d'agoraphobie des sujets présentant un score supérieur à 19[1] (26,11 (σ=4,86) pour N=59) à la moyenne fournit dans l'étude de validation (COTTRAUX J. et *al*., 1987) des sujets agoraphobes ((27,47 (σ=9,35) pour N=46), nous pouvons constater que ces deux moyennes ne se différenciaient pas (p=,33). De ce point de vue, plus 15,5% de la population présentaient un niveau moyen d'agoraphobie égal à un niveau pathologique.

Phobie sociale

Le score moyen de phobie sociale pour l'ensemble des répondants est de 11,51 (σ=7,69). Les niveaux de phobie sociale varient selon le sexe (p<,01). Les femmes déclarent un niveau plus élevé de ce trouble (12,26 (σ=7,83)) que celui des hommes (10,29 (σ=7,37)). L'âge ne différencie pas les niveaux du trouble. En comparant la moyenne des scores de phobie sociale des sujets présentant un score supérieur à 16[2] (22,27 (σ=4,75) pour N=89) à la moyenne fournit dans l'étude de validation (COTTRAUX J. et al., 1987) des sujets phobiques sociaux (23,32 (σ=6,64) pour N=34), nous pouvons constater que ces deux moyennes ne se différencient pas (p=,33). De ce point de vue, plus de 23% de la population présente un niveau moyen de phobie sociale égal à un niveau pathologique.

Prévalence des troubles anxieux, dépressifs et comorbidité

33% (N=126) des sujets présentent un et un seul niveau de syndrome équivalent à un niveau pathologique. L'anxiété généralisée rassemblait à elle seule plus de 60% (N=76) de ces sujets. La phobie sociale en représentait plus de 28% (N=36). 22% (N= 82) présentaient au moins une comorbité entre ces troubles anxieux et dépressifs.

55% des jeunes adultes interrogés présentaient au moins un niveau équivalent à un niveau pathologique à un des quatre troubles sondés. 21% présentaient au moins une comorbidité entre ces troubles. Le TAG est apparu présent dans 38% des cas, la dépression dans 7%, l'agoraphobie dans 15,5% et la phobie sociale dans 23%. Les données recueillies peuvent être mises en perspective avec celles d'études citées plus haut.

En ce qui concerne le TAG, sa prévalence est apparue plus élevée dans notre échantillon que dans d'autres études qui la situaient respectivement à 9,8% au cours des douze derniers mois et 24,1% tout au long de vie (LEPINE J.P. et al., 2005) ; (ROUILLON F., 2008). Pour la dépression, sa prévalence dans notre échantillon peut s'apparenter dans une certaine mesure à des résultats connus en population générale. Sur les douze derniers mois la dépression avoisinait les 7% en population générale (LEPINE J.P. et *al*., 2005) ; (Lamboy B. et *al*., 2007) et en population en insertion (CETAF, 2009). Pour l'agoraphobie et la phobie sociale, les prévalences observées dépassent très largement les proportions concernant la population générale. La prévalence de l'agoraphobie ne dépassait pas les 7% sur toute la vie et les 4% pour la phobie sociale.

Jérémy Méthivier,
psychologue

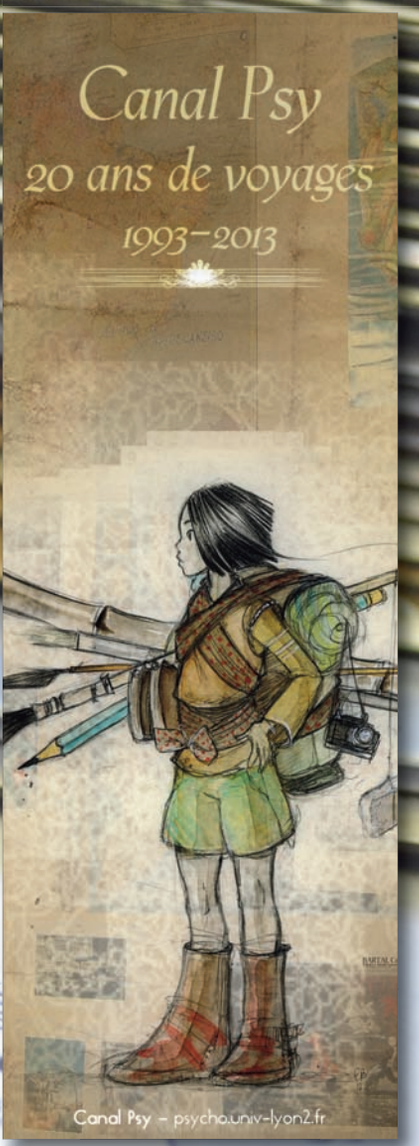
1 Ce score a été choisi à partir de l'étalonnage des scores de la population agoraphobe étudiée pour l'étude de validation de l'échelle.

2 Comme pour l'agoraphobie, ce score a été choisi à partir de l'étalonnage des scores de la population phobique sociale étudiée pour l'étude de validation de l'échelle.

20 ans ... ça compte !

abonnement spécial 20 ans

A l'occasion des 20 ans de Canal Psy, nous vous offrons en guise de cadeau d'abonnement en plus du numéro gratuit de votre choix, un marque-pages "spécial 20ans" présenté ci-contre.



Retrouvez les bulletins d'abonnement sur notre site :
http://psycho.univ-lyon2.fr/rubrique-81-Canal-Psy.html
rubrique Informations
article Abonnements et tarifs

l'œil du psyclone

GUINARD-CARUSO

CanalPsy

UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2 UNIVERSITÉ DE LYON

UNIVERSITÉ DE LYON