

## Expérimentation d'une pratique de « psychologue de rue » dans un service de Prévention Spécialisée

Aurélien LECHARDEUR

À travers un poste intitulé « Psychologue de rue », j'avais pour mission de « faciliter l'accès aux soins des publics 16-25 ans marginalisés ou en risque d'exclusion, en développant une démarche de proximité ». Mon intervention était intégrée à la pratique d'un Service de Prévention Spécialisée (SPS), représenté par ceux communément nommés « les éducateurs de rue ». Ce poste était envisagé comme un intermédiaire : un soignant intégré à une institution sociale qui puisse « aller vers » les jeunes en « non-demande » et, à travers l'offre d'un espace de subjectivation, leur permette d'accéder à l'idée de soins puis à une structure spécialisée. Mon travail consistait à aider les jeunes à mener un travail psychique de liaison. « L'aide à l'élaboration d'une demande » qualifie donc plus justement ce travail que « faciliter l'accès aux soins ».

### Qu'est-ce que la Prévention Spécialisée ?

La Prévention Spécialisée se situe dans le champ de l'Aide Sociale à l'Enfance. Elle développe des « actions individuelles et collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale, des jeunes [le plus souvent 12-25 ans] et des familles en difficulté ou en rupture avec leur milieu, dans les zones sensibles et dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale<sup>2</sup> ». Le SPS utilise « l'aller vers » et fonctionne selon des principes d'intervention : la libre adhésion, l'anonymat, l'absence de mandat nominatif, la non-institutionnalisation de l'action et le travail en équipe pluridisciplinaire et en partenariat. Les accompagnements réalisés par le SPS se font à partir de la demande des jeunes ou de leurs parents. En amont, cela nécessite un travail sur l'émergence d'une demande, mené à travers l'implantation et la reconnaissance des éducateurs au sein d'un territoire, auprès de la population et des partenaires.

Ainsi, il s'agissait de créer un poste de psychologue dans un SPS existant depuis plus de 20 ans, au sein d'une équipe de 17 éducateurs spécialisés répartis sur 7 quartiers d'une ville de 120 000 habitants. Chaque équipe éducative (deux ou trois éducateurs/trices) est installée dans un appartement, « le local des éducateurs », situé au cœur du quartier. Les équipes y reçoivent les jeunes sur rendez-vous ou lors de temps de permanence d'accueil.

### Les attentes sociales et institutionnelles

L'ampleur des difficultés rencontrées par les professionnels pour accompagner ces jeunes vers le soin conduisait à attendre du psychologue, tel un sauveur, qu'il apporte une solution magique... Le vécu d'impuissance face à ces jeunes engendrait une confusion des rôles et fonctions de chacun : un article de journal indiquait par exemple que le psychologue allait proposer des solutions de réinsertion aux jeunes ! Il ne suffit pas de mettre un psychologue dans la rue pour en sortir les jeunes : leurs comportements ont un sens et constituent des mécanismes de défense, notamment pour leur survie psychique. Dès lors, vouloir supprimer leurs symptômes pour les insérer absolument consisterait à nier leur dimension psychique et leur statut de Sujet. C'est parce qu'il porte cette dimension au sein d'une équipe qu'un psychologue m'apparaît nécessaire auprès de cette population. En outre, face à des jeunes déstructurés, l'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire me semble indispensable.

En prenant mes fonctions, je présageais les difficultés de mon intervention auprès des jeunes : comment les amener à élaborer autour de leur situation ? J'avais moins mesuré les freins relatifs à l'intégration dans une équipe d'un nouveau professionnel aux fonctions et compétences différentes. Ainsi, j'ai dû développer un « aller vers » les éducateurs pour « aller vers » les jeunes... Je me suis retrouvée face à des attentes de conformité et de similarité avec la pratique éducative : il m'était demandé de développer une pratique, comme on me l'a souvent dit, d'« une psychologue pas comme les autres, plus souple », « pas au-dessus, au même niveau ». Il fallait du « même » pour être acceptée. Dans ce contexte, je me suis attachée à introduire de la différenciation dans le service en développant une pratique professionnelle différente et complémentaire de l'accompagnement éducatif. Pour ce faire, j'étais partagée entre deux positions : d'un côté, me résoudre à adopter une posture éducative, garantissant une bonne intégration, mais une impossibilité de tenir mes fonctions et, d'un autre côté, être une psychologue vécue comme trop rigide pour l'équipe, ce qui empêcherait tout travail de collaboration. Cet équilibre était également à trouver dans l'adaptation de ma pratique clinique auprès de ce public.

### Le public

J'intervenais auprès de deux publics sensiblement différents : les jeunes des quartiers (zones prioritaires du contrat urbain de cohésion sociale) et les jeunes du centre-ville, nommés « jeunes en errance ». Au sein du service, ceux que l'on appelle « les jeunes » vivent en logement autonome, chez leurs parents, dans la rue, en squat ou en foyer de jeunes travailleurs.

Que les jeunes soient des quartiers ou en errance, leurs problématiques se recoupent : des adolescents et des jeunes adultes en grande difficulté d'insertion sociale et professionnelle présentant une importante souffrance psychique. Ces jeunes ont une très faible estime d'eux-mêmes, leurs parcours sont marqués par des vécus de carences affectives, des ruptures familiales et/ou sentimentales, une précarité économique et/ou psychique... Leurs souffrances sont le plus souvent narcissiques et identitaires, accompagnées fréquemment de conduites addictives (alcool et/ou drogues) qui dévoilent des failles importantes de leur construction identitaire, en lien avec des troubles de la réflexivité. Leurs problématiques psychiques et sociales correspondent en partie à celles décrites par Christis DEMETRIADES au sujet des « jeunes en souffrance d'exclusion » qu'il rencontre dans sa pratique en Mission Locale.

Le fonctionnement dans « l'ici et maintenant », caractéristique de l'adolescence, est renforcé chez ces jeunes qui sont dans l'impossibilité de se projeter. La majorité d'entre eux, plus particulièrement les « jeunes en errance », ont recours au déni : ils se pensent capables de changer leur situation simplement en le décidant. Les mécanismes projectifs sont importants : à travers de longs discours sur la société, l'extérieur est désigné comme la cause de tous les empêchements. Pour les jeunes des quartiers, comme pour ceux « en errance », toute mobilisation autour du soin, somatique ou psychique, est complexe. Leur corps est souvent marqué par le sceau d'une souffrance interne qui les envahit et peut se manifester par des automutilations. Ils sont par ailleurs dans l'évitement de toute forme d'aide, en lutte contre la dépendance à l'autre, l'autre étant vécu comme non fiable. J'ajouterais que, s'adressant à un public jeune, mon action concernait également des parents dans un travail de soutien à la parentalité, mais aussi, d'orientation vers les lieux et les espaces de soins.

### La pratique clinique

Psychologue « de rue » ne signifie pas une intervention exclusivement « dans la rue », mais une adaptation des modalités d'intervention à la problématique du jeune et à ses capacités d'élaboration. Je rencontrais les jeunes là où ils étaient, psychologiquement et physiquement, l'un déterminant l'autre ; ce pouvait être à domicile, dans la rue, au centre médico-social, au local éducatif, etc.

Dans cette optique, mon action prenait différentes formes : travail d'élaboration en équipe psycho-éducative, rencontre informelle d'un jeune en travail de rue, entretien individuel planifié, accompagnement physique dans un

lieu de soin... La modalité de rencontre avec un jeune était déterminée en équipe. Les rencontres avec les jeunes étaient d'ailleurs le plus souvent rendues possibles par le contact établi entre l'éducateur et le jeune. En effet, le cadre éducatif implique une proximité relationnelle et une certaine familiarité qui visent à faciliter la création de liens et l'instauration d'une relation de confiance avec les jeunes.

J'intervenais également sans objectif fixé au préalable envers un jeune en particulier. Dans ce sens, je participais au travail de rue<sup>3</sup> avec des éducateurs auprès des « jeunes en errance », à des permanences éducatives sur les quartiers ainsi qu'à des actions collectives (sorties familiales, fêtes de quartier...). Cette démarche contribuait à démystifier et dédramatiser la dimension « psy ». De plus, en se rendant visible et accessible auprès des personnes, cet « être-là » par petites touches pouvait être le point de départ d'un travail sur l'émergence d'une demande vis-à-vis d'un psychologue.

Tout en m'appuyant sur les modalités d'intervention mises en place par l'équipe, je m'attachais pour ma part à proposer aux jeunes un accueil différencié, qui laisse davantage de place au vide, d'un espace en creux. DOUTRELEVONT (2006) souligne l'importance, dans cette pratique clinique, d'ériger des « frontières » pour faciliter une organisation intrapsychique. Cette plus grande distance relationnelle vis-à-vis des jeunes a pu être mal vécue par les éducateurs.

Cette clinique interroge le sens de l'adaptation, aux jeunes comme aux équipes. Jusqu'où va-t-on pour rencontrer l'autre, tout en restant aidant ?

### La clinique face à la non-demande

Lors du travail de rue, j'étais fréquemment confrontée à une absence totale de demande de la part des jeunes à mon égard. Pour eux, la présence d'un psychologue dans la rue, ils « trouvent que c'est bien, mais pour les autres ». La non-demande fait partie de leur problématique, elle peut s'apparenter à celle des grands exclus décrite par l'équipe de l'Orspere<sup>4</sup>. Notre travail, avec les éducateurs, d'« aller vers » ces jeunes visait alors à susciter une demande, en créant un lien d'une forme différente (RODEMBOURG G., 2010) de celle à laquelle ils sont habitués.

Comment susciter la demande ? Qu'est-ce qu'un psychologue peut mettre au travail dans « l'aller vers » ?

Au niveau contre-transférentiel, la clinique auprès des « jeunes en errance » et, dans une moindre mesure auprès des jeunes des quartiers, peut conduire le professionnel, soignant ou travailleur social, à se vivre comme « la » personne qui pourrait sortir un jeune de sa situation. Dans ce contexte, élaborer constamment sur sa pratique, travailler en équipe et en partenariat est indispensable afin de ne pas se sentir « tout » pour l'autre, et de l'entendre « là où il est », en acceptant sa situation ainsi qu'un certain vécu d'impuissance.

<sup>3</sup> Le travail de rue consiste à déambuler, à heure et jour fixes, à la rencontre des personnes, isolées ou en groupe, présentes dans la rue, que ce soit sous un porche, sur un banc, dans un hall, etc.

<sup>4</sup> www.orspere.fr

<sup>1</sup> Financé sur deux ans par l'Etat (Fond Expérimentation Jeunesse)

<sup>2</sup> <http://www.social-sante.gouv.fr>

Dans cette pratique, en travail de rue ou en entretien formel, ma présence régulière et ma reconnaissance apportaient à ces jeunes une écoute et une parole différenciées qui leur offraient l'opportunité de prendre du recul, de les confronter à leur propre discours et permettaient à ce que des espaces de subjectivation s'ouvrent un peu (MERCUEL A., 2012) et facilitent un travail psychique de liaison. Or, c'est justement cet espace vécu comme vide qui pouvait être insupportable et faire violence à ces jeunes en grande souffrance psychique. À ce propos, lors de précédentes rencontres, ils ont souvent perçu le psychologue comme froid et indifférent à leur égard.

Afin que les jeunes les plus déstructurés puissent supporter les prémisses d'un travail psychique, je proposais un cadre clinique au plus près de leurs capacités psychiques et d'un dispositif de soins, entre « aller vers » et permettre que le Sujet et son désir puissent émerger. Il s'agit de s'adapter en adoptant une certaine attitude clinique décrite par Christis DEMETRIADES où « le "je vous écoute" (...) laisse la place au "nous allons (...) essayer de comprendre ensemble ce qui vous met en difficulté" » (2004, p.14). À travers cette posture, je suis active dans la construction du lien avec les jeunes.

Tout au long de cette expérience, quelques jeunes en grandes difficultés et souffrance psychique se sont saisis de ma présence. Ils ont pu formuler, après un long travail d'approvisionnement mutuel, une demande de soins de plus en plus élaborée et s'engager peu à peu dans un véritable travail thérapeutique. En voici une illustration...

### Romain

Lorsque les éducateurs me sollicitent au sujet de Romain, ils sont très inquiets et préoccupés par la situation de ce jeune de 18 ans qui se met quotidiennement en danger par des alcoolisations massives et l'absorption de divers toxiques. Romain est exclu de tous les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle et s'isole de plus en plus des autres jeunes.

Connaissant Romain depuis deux ans, les éducateurs sont parvenus à établir une bonne relation de confiance avec lui. Ils l'accompagnent dans diverses démarches d'insertion qui aboutissent rarement. Ils mènent un important travail d'écoute et de soutien auprès de lui, en essayant de le conduire vers une démarche de soins qu'il refuse. Dans son long parcours institutionnel, il a rencontré de nombreux psychologues, mais « ça ne lui a servi à rien », dit-il.

« Être là » et « aller vers »

Dans les premiers temps, mon intervention se situe dans un rôle de soutien et d'appui technique auprès de l'équipe éducative. En parallèle, je rencontre Romain lors du travail de rue. Notre relation se limite aux salutations : je me montre discrète et attentive à son égard, mais il fuit mon regard.

Après six mois de rencontres informelles en travail de rue, Romain m'interpelle : « C'est vous la psy, hein ? Faudrait qu'on se voie ! » La parole éducative devenait sienne. Il préfère tout de même différer, il n'est pas encore prêt. Je le laisse venir tout en allant à sa rencontre... Deux mois plus

tard, Romain demande ma présence à son prochain rendez-vous avec l'éducateur. Lors de cet entretien mené en binôme, Romain répète sans cesse l'inutilité des psychologues. Pourtant, suite à ma proposition, il demande à me rencontrer seule, « Je veux bien essayer, pour voir », dit-il.

Le travail de rue et l'important étayage de la relation éducative ont permis la création d'un lien, augural d'un suivi psychologique régulier qui durera un an<sup>5</sup>.

Romain est fréquemment absent ou en retard à nos rendez-vous. Dans les débuts, suite à ses absences, je vais à sa rencontre dans la rue (il n'est pas joignable autrement). Malgré son état d'ivresse, le plus souvent, il n'a pas oublié notre rendez-vous, mais il n'est pas en mesure de venir, soit il a beaucoup trop bu et trouve inutile de se rencontrer dans ces conditions, soit il va trop mal. Sa présence apparaît aléatoire, comme si son engagement n'était jamais garanti. Même si, peu à peu, ses absences se font plus rares, il met régulièrement à l'épreuve ma disponibilité et la permanence de notre lien.

Je vais à sa rencontre dans la rue pour lui signifier, simplement, ma disponibilité et mon absence de rétorsion à son égard, mais c'est lui qui demande la prise de rendez-vous. À travers cette démarche, je cherche à instaurer une relation de confiance avec Romain, mais aussi à valoriser sa personne, lui qui se vit comme un déchet. Je le fais exister même en son absence. Une fois la relation de confiance davantage installée, je ne pratiquais plus ce type de « relances ». Cependant, Romain a intégré qu'en cas d'absences, nous pouvons nous rencontrer lorsque j'effectue du travail de rue avec les éducateurs. Il passe aussi par leur intermédiaire pour s'excuser d'une absence et me demander un nouveau rendez-vous. Avec le temps, il a ainsi pu se saisir de ce qui lui était proposé pour devenir davantage acteur et Sujet.

### Les entretiens cliniques

Lorsque Romain se présente à nos rendez-vous, il « déboule » avec son chien, son gros sac, telle une tortue et sa carapace, ainsi que de nombreux autres sacs ! Il est enivré et fréquemment énervé, ou bien, au contraire, il est abattu et déprimé. Romain fonctionne sur le registre du passage à l'acte, arrivant le plus souvent avec une violence et un énervement massif innommable. Je l'accepte tel qu'il se présente en portant attention à mettre en place un accueil contenant pour favoriser son apaisement.

Nos rencontres permettent à Romain de se poser un temps ; elles lui offrent une parenthèse au contexte de la rue et des institutions d'accueil d'urgence.

En ce qui concerne ses possibilités de travail psychique, Romain fonctionne à l'image d'une huître : à peine il s'ouvre, aussitôt, il se referme. Insaisissable : dès qu'une souffrance peut émerger, Romain l'évite, soit en changeant de sujet, soit en quittant furtivement la séance. Je m'attache à ne pas avoir d'attentes à son égard, à ne pas projeter sur lui mes propres désirs, cette attitude semble le sécuriser. Ainsi, malgré sa méfiance et sa résistance à me faire confiance, Romain me donne petit à petit accès à son intériorité et commence à élaborer autour de sa situation.

<sup>5</sup> Le suivi se verra interrompu par la fin de mon contrat.

La posture clinique et les modalités d'intervention mises en place semblent avoir progressivement permis à Romain d'accéder à une démarche thérapeutique avec la mise en place d'un important lien transférentiel.

### Pour conclure

Qu'ils débutent par le travail de rue ou l'orientation d'un éducateur, l'essentiel des suivis psychologiques mis en place consiste à amener le jeune adulte à quitter la place et le statut de victime de son enfance, pour faire advenir le Sujet. Le travail clinique vise la mise en sens de son vécu à travers une élaboration autour de ce qui se rejoue sur la scène du social à travers les objets sociaux (FURTOS, 2001). Tout en poursuivant ces objectifs, je me retrouvais face à l'absence de possibilité d'élaboration de la part de nombreux jeunes. Il me semblerait alors important d'adjoindre au travail « d'aller vers » des dispositifs cliniques de groupe.

Malgré l'objectif poursuivi, peu de relais vers des structures de soin ont pu être réalisés. Certes, l'expérience était trop courte pour en tirer des conclusions, mais ce dispositif « entre-deux » n'est-il pas à envisager comme une fin en soi pour une partie de ces jeunes ? Deux années ont été nécessaires pour poser les bases d'un véritable travail d'équipe psycho-éducative, il est dommageable que l'absence de financements mette un terme à l'action et fasse éprouver à ce public précaire la répétition de vécus d'abandons.

Enfin, développer ce type de pratique de proximité auprès d'un public en très grandes difficultés psychiques et sociales, se retrouver alors confronté à l'absence de demandes et de cadre externe, déstabilise, interroge et fait vivre une certaine insécurité. La nécessité de s'appuyer sur son cadre interne prend alors son sens.

Aurélië LECHARDEUR  
Psychologue

### Références bibliographiques

- CHOBEAUX, F. (2004) Les nomades du vide : Des jeunes en errance, de squats en festivals, de gares en lieux d'accueil, Paris, La découverte.
- CICCONE, A. (2001) « Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques », in Cahiers de psychologie clinique, n°17, pp.81-102.
- CINQ MARS, J-M. (2010) Psy de banlieue, Toulouse, Erès.
- DEMETRIADES, C. (2011) Dispositifs orioplastiques pour des jeunes en souffrances d'exclusion : Nouvelles perspectives de médium malléable dans la clinique du social ? Thèse Psychologie clinique, Lyon, Université Lumière Lyon 2.
- DOUVILLE, O. & al. (2012) Clinique psychanalytique de l'exclusion, Paris, Dunod.
- DOUTRELEVONT, F (2006) « Un psychologue en CLSC exerçant auprès des jeunes de la rue », in Revue québécoise de psychologie, n°27, pp.147-165.
- FURTOS, J. & al. (2008) Les cliniques de la précarité – Contexte social, psychopathologie et dispositifs, Issy-Les-Moulineaux, Masson.
- LEFÉBVRE, A., & VANDECASTEELE, I. (2006) « De la fragilisation à la rupture de lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale », in Cahier de psychologie clinique, n°26, pp.137-162.
- ROUSSILLON, R. (2001) Paradoxes et situations limites de la psychanalyse, Paris, Presses Universitaires de France.
- RODEMBOURG, G. (2010) « Psychologue en rue », in Confluences, n°25, pp.16-17.
- MERCUEL, A. (2012) « Il n'existe pas de soin particulier pour les SDF, mais un "prendre soin" spécifique », in ASH, n°2787.
- DEMETRIADES, C. (2004) « Dispositifs cliniques médium malléable pour jeunes en souffrance d'exclusion », in Rhizome, n°17, pp.14-15, p.14.
- FURTOS, J. (2001) « Précarité du monde et souffrance psychique », in Rhizome, n°5, pp.3&5.

