



Les psychologues de rue en Prévention Spécialisée : dimensions et enjeux d'une professionnalité

Action-recherche menée par Pape Momar NIANG

Mars 2025



PREAMBULE

Le sujet de la santé mentale des jeunes est d'actualité, même si la problématique n'est pas émergente. Les chiffres exposés dans différents rapports et analyses montrent cependant une évolution inquiétante et en parallèle la relative fragilité des réponses et des moyens dédiés.

La prévention spécialisée, par son ancrage sur les territoires de vie (quartier et collège) où les jeunes sont amenés à présenter des vulnérabilités multiples et notamment psychiques, est en veille et en action depuis de nombreuses années sur ce sujet. Sa mission première de prévention primaire l'amène à être un observateur des évolutions de la santé mentale des jeunes, un acteur essentiel dans le travail de maillage partenarial et les propositions d'actions.

De ce fait, et au regard des besoins observés, des Associations de Prévention Spécialisée ont développé des fonctions de psychologues de rue au sein des équipes afin de venir pallier et enrichir les modalités proposées face à l'ampleur des problématiques psychiques rencontrées.

Cette action recherche conduite et construite par l'APSN vient poser des constats, des questionnements, une proposition d'analyse de la place occupée par les psychologues de rue ou en rue dans l'arc des dispositifs d'accompagnement et de soins proposés pour endiguer l'évolution des problématiques de santé mentale chez les jeunes.

Elle vient aussi mettre en évidence la capacité d'adaptation de la prévention spécialisée, son agilité dans la mise en place d'actions innovantes et inspirantes ainsi que la prégnance de l'aller vers, modalité dont son approche se nourrit. Dans le temps, cette action recherche demandera sûrement à être approfondie, amendée, car tout objet de recherche est par définition en mouvement et inaboutie. Cependant, elle pose une première pierre essentielle.

Au regard du contexte traversé par la prévention spécialisée notamment en lien avec des budgets contraints voire en baisse, il est important de rappeler que les postes de psychologues de rue ne sont pas pérennes et que cela fragilise le dispositif pertinent développé. Gageons que cette proposition d'analyse participe à la réflexion quant à l'importance de construire des réponses stables dans une vision inscrite dans le temps.

Je tiens à remercier le Président, Monsieur David Cambier et les membres du Conseil d'Administration de l'APSN pour la confiance accordée, les Associations de Prévention Spécialisée pour leur engagement quotidien, Monsieur Pape Momar Niang pour son implication et la construction de cette action recherche, l'équipe de l'APSN pour son soutien, ses apports, les relectures et corrections, les psychologues de rue pour leur participation et le travail développé auprès des jeunes, les familles et les jeunes par leurs témoignages authentiques et essentiels, le Service Enfance, jeunesse, Famille du Département du Nord pour son soutien, l'IRTS de Loos pour le partenariat et l'accueil.

Johnny Herbin, Directeur APSN (Association Prévention Spécialisée Nationale)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	7
Des chiffres préoccupants depuis la pandémie du COVID.....	7
Prévention Spécialisée et santé mentale : quelques données départementales du Nord.....	8
Des textes de loi solidifiant le partenariat entre les champs du soin et du social.....	9
Une définition extensive de la santé mentale au-delà du soin : un objet à part entière de la Prévention Spécialisée.....	11
I- DE LA COMMANDE À LA MÉTHODOLOGIE.....	15
I-1 Scientificité de la méthode de l'action-recherche.....	15
I-2 Les huit axes de la commande.....	16
I-3 Catégorisation et hypothèses.....	18
I-4 Terrain, échantillonnage et déroulé de l'enquête qualitative :.....	22
II- ÊTRE PSYCHOLOGUE DE RUE EN PRÉVENTION SPÉCIALISÉE : un équilibre constant entre modalités de la Prévention Spécialisée et de la psychologie.....	25
II-1 Deux premiers enjeux de la professionnalisation : formation et missions.....	25
II-1-1 Une formation universitaire classique et un savoir expérientiel.....	25
II-1-2 Des missions à clarifier : enjeux de l'harmonisation des fiches de poste :.....	28
II-1-3 Enjeux du secret professionnel.....	31
II-2 Une double insécurisation liée à la non-pérennisation des postes : pour les professionnels et pour les publics.....	36
II-2-1 Effets néfastes de la précarisation des PsyREPS.....	36
Effets de la précarisation sur la vie personnelle.....	36
Dimension ergonomique de la précarisation : risques de dysfonctionnement interne.....	38
II-2-2 Conséquence de la non-pérennisation des postes sur les jeunes : risques d'effets pervers.....	38
II-3 Sociologie de la fonction de psychologue de rue en Prévention Spécialisée.....	40
II-3-1 Une fonction reconnue mais méconnue.....	40
II-3-2 La « transprofessionnalité » du lien avec les autres professionnels socio-éducatifs.....	41
II-3-3 Alliance psycho-éducative et triple relation thérapeutique : Éducateur - Jeune - Psychologue de rue.....	48
II-3-4 Déconstruire les représentations négatives des jeunes sur la psychologie.....	50
II-3-5 Trouver sa place dans l'équipe de Prévention Spécialisée : Transculturalité du lien.....	51
III- MÉTHODES ET PRATIQUES NOUVELLES DES PsyREPS.....	56
III-1 Préalables pour accorder les méthodes de la psychologie au champ de la Prévention Spécialisée : Ismael Taubira, Psychologue de rue.....	56

III-2 Mobiliser l'approche intégrative : Angèle Becuwe, Psychologue de rue.....	59
Un référentiel privilégié.....	59
Application en pratique	60
III-3 Approche intégrative et écoute active comme phase d'accroche de la relation de confiance : Célya Mougari, Psychologue de rue.....	61
III-4 Nécessité d'une méthode de psychologie « hors les murs » :.....	64
III-4-1 Une psychothérapie institutionnelle adaptée à la psychologie « hors les murs » Laure Chambaudet, Psychologue de rue.....	64
III-4-2 Des va-et-vient constants entre « hors les murs » et « dans les murs »	67
III-4-3 Une proxémie de la relation entre les PsyREPS et les jeunes : la proximité situationnelle « hors les murs » comme ressource.....	68
IV- REPRÉSENTATIONS ET RÉSULTATS CHEZ LES JEUNES DU TRAVAIL DES PsyREPS	70
VI-1 Vulnérabilité, exclusion et souffrance psychique.....	70
VI-2- Quelques données quantitatives des profils suivis par les PsyREPS : Djamila AOUNI	72
VI-3 Prise en charge psychologique des jeunes par problématique : 5 parcours individuels.....	74
VI-3-1 Insertion sociale et peur de l'exclusion	74
VI-3-2 Maternité juvénile	75
VI-3-3 Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	76
VI-3-4 Harcèlement scolaire et cyberharcèlement	77
VI-3-5 Conduites à risque et addictions	80
VI-4 Cas pratiques de prise en charge du psychotraumatisme	83
CONCLUSION : RECOMMANDATIONS ET PRÉCONISATIONS	87
BIBLIOGRAPHIE	4
GLOSSAIRE	8
ANNEXES.....	10

INTRODUCTION

Des chiffres préoccupants depuis la pandémie du COVID

La question de la santé mentale des jeunes ressurgit au niveau national depuis la pandémie du COVID. Ceci au gré de l'augmentation significative du nombre de cas liés à l'isolement, la dépression, l'angoisse, les addictions, les comportements suicidaires etc. À ce propos, selon la DRESS (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), lors de cette crise, 12 % des enfants âgés de 3 à 17 ans ont eu à consulter un professionnel de santé entre mars 2020 et juillet 2021 pour des difficultés d'ordre psychologique et/ou une baisse de leur état moral (DRESS, 2023 : 5)¹

À l'échelle régionale, une étude récente menée en 2023 dans la région Hauts-de-France confirme cette tendance chez les plus jeunes : une nette augmentation des recours et consultations liés aux troubles psychiques chez les mineurs ; une progression très préoccupante des recours liés aux idées suicidaires chez les plus de 11 ans « durant le 1er trimestre 2023 avec une part d'activité qui a doublé par rapport à la moyenne 2019-2021 sur la même période »².

Au niveau communal, déjà en 2007, dans le cadre d'une action-recherche, l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG) » a révélé que dans la banlieue Est de Lille, 23000 personnes sur une population de 84500 habitants présentaient les « troubles » suivants : anxiété (21,6 %), troubles de l'humeur (13,6 %), troubles addictifs, alcool et drogues (6 %) et troubles d'allure psychotique (2,7 %) (ROELANDT, 2015 : 72)³. L'enquête révèle que les jeunes sont bien plus exposés à ces risques. Selon le « questionnaire diagnostique MINI⁴ (hors risque suicidaire) », « 46% des moins de 30 ans présentent au moins un trouble contre 24% des personnes de plus de 60 ans. »⁵.

¹ DREES : Études et Résultats, « Près d'un enfant sur six a eu besoin de soins pour un motif psychologique entre mars 2020 et juillet 2021 », n° 1271, juin 2023.

² Santé mentale. Point épidémiologique en région Hauts de-France trimestriel N°5. Saint-Maurice : Santé publique France, 5 juin 2023, 9 pages En ligne sur : www.santepubliquefrance.fr

³ ROELANDT, Jean-Luc. « 7. De la psychiatrie à la santé mentale, de la guérison au rétablissement ». Santé mentale : guérison et rétablissement Regards croisés, JLE Editions, 2015. p.63-77.

⁴ Le *Mini International Neuropsychiatric Interview* est un questionnaire qui permet de diagnostiquer de façon structurée les principaux troubles psychiatriques.

⁵ « Santé mentale en population générale : Images et Réalités dans la banlieue Est de Lille : Hellemmes-Lille, Faches-Thumesnil, Mons-en-Barœul, Lesquin, Lezennes et Ronchin », Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille-France), Secteur de psychiatrie générale intégré dans la Cité 59G21 EPSM Lille-Métropole, 19 pages, 2007, Lille.

L'enquête récente parue en 2024, d'UNICEF France, démontre par ailleurs qu'il existe un gros tabou autour de la question de la santé mentale chez les jeunes : 47,2 % affirment perdre confiance en eux et dans 76,6 % des cas parmi ces jeunes qui doutent en eux, il existe un tabou d'en parler à un professionnel.⁶

Prévention Spécialisée et santé mentale : quelques données départementales du Nord

À l'échelle des territoires d'intervention de la Prévention Spécialisée que sont prioritairement les quartiers prioritaires de la ville (QPV), les éducateurs de Prévention Spécialisée sont quotidiennement confrontés à cette problématique du mal-être juvénile dans leurs accompagnements. Le rapport base de données commune 2023 de l'APSN (Association Prévention Spécialisée Nationale) montre que dans le Département du Nord, 14 % des demandes initiales d'accompagnement concernent un besoin de parler, d'estime de soi, et de soutien psychoaffectif (APSN, 2023 : 32) ⁷.

Plus intéressant encore, toujours à l'échelle départementale, les objectifs travaillés avec les familles sont très majoritairement liés à l'écoute et au soutien psychologique dans 33 % des cas (APSN, 2023 : 37). Cela signifie qu'un tiers des interventions de la Prévention Spécialisée dans le Département Nord auprès des familles relèvent d'une dimension psychologique. Or, les éducateurs spécialisés même s'ils possèdent une propension à l'écoute active, au soutien moral et à l'empathie, ne disposent pas des compétences des psychologues. En général, ils orientent les jeunes et leurs familles vers des CMP (Centres médico-psychologiques). La difficulté principale, au-delà de la compétence professionnelle, réside dans la spécificité du public.

En effet, le public cible de la Prévention Spécialisée est assez éloigné de l'accès aux droits, de même qu'il est spécifique du fait de certaines particularités socio-culturelles. Cela soulève la possibilité d'une corrélation entre la santé mentale des jeunes et une dimension culturelle qui est double : revendication d'une culture de « cité » ou de rue, associée à une culture du pays d'origine des parents. Sur ces territoires, la psychologie n'est pas globalement perçue positivement surtout par les jeunes hommes, car renvoyée à une vision passive et victimaire qui contraste avec la figure valorisante, viriliste et masculiniste de l'individu fort, qui fait office de modèle dans les quartiers. De plus, elle peut être associée à une vision scientifique occidentale qui occulte les us, coutumes et religions de la culture d'origine des parents au sein desquels des pratiques ritualisées traitent et prennent déjà en charge la question de la santé mentale.

⁶ UNICEF France : « Consultation Nationale des 6-18 ans 2024 », Rapport enfants et adolescents en souffrance Privations, déficit de protection et rejet social, Centre Maurice Halbwachs, 2024, 112 pages.

⁷ APSN (Association Prévention Spécialisée Nationale) : base de données commune, Rapport d'analyse départemental, Année 2023, 57 pages, Lille

À ces particularités socio-culturelles, s'ajoutent des caractéristiques spatio-temporelles qui configurent chez les jeunes publics de la Prévention Spécialisée un rapport au temps et à l'espace difficilement accommodable avec les modes de prise en charge proposés par la discipline psychologique. Ces modalités impliquent un suivi régulier, longitudinal au gré d'entretiens individuels qui se déroulent au sein d'un espace clos. Or la Prévention Spécialisée en investissant la rue, fait du « hors les murs » une priorité. Se pose donc la nécessité, pour elle, de se donner les moyens de pouvoir internaliser au sein de ses équipes la question psychologique en lien avec la prise en compte des problématiques de santé mentale des jeunes.

C'est dans ce contexte, qu'en 2018, l'AEP (Association d'Éducation et de Prévention) a mis en place une expérimentation avec un poste de psychologue de rue financé dans le cadre du FIPDR (Fond interministériel de Prévention de la Délinquance et de la Radicalisation). Celle-ci fut prolongée par un co-financement FIPDR, Conseil Départemental Nord et Cité éducative Roubaix Nord ⁸ (Une expérience précédente a déjà eu lieu avec l'association « La Bouée des jeunes »).

Ce dispositif perdure et s'est au fur et à mesure quasi généralisé à l'ensemble des équipes de Prévention Spécialisée du Nord. Dans le cas de l'AEP, il a ciblé les collégiens, les jeunes de 16 à 21 ans, et les familles. L'objectif était de repérer et d'accompagner les vulnérabilités qui relèvent de la santé mentale.

Des textes de loi solidifiant le partenariat entre les champs du soin et du social

La question de la prise en charge territorialisée de la santé mentale est régie par l'article L3221-4 (Version en vigueur du 22 juin 2000 au 26 février 2010) du code de la santé publique ⁹ qui stipule une sectorisation du traitement des pathologies mentales par établissement hospitalier compétent avec une offre de soins aussi bien interne qu'externe aux structures hospitalières.

S'appuyant sur cette loi, la circulaire n°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 consacre la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale des populations en proie à l'exclusion et la précarité¹⁰.

⁸ AEP (Association d'Éducation et de Prévention) : « Rapport d'activité 2021, Psychologue de rue, Roubaix », 11 pages, 2021, Roubaix

⁹ Article L3221-4 Version en vigueur du 22 juin 2000 au 26 février 2010 : « Chaque établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans ces secteurs, des services et des équipements de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci. »

¹⁰ Ministère de la Santé et des Solidarités Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité : « CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en

Cette circulaire s'inscrit dans le sillage de deux précédentes : celle du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale ; et celle du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

Le comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE) du 6 juillet 2004 faisait déjà d'une priorité le déploiement de ces équipes mobiles dans le cadre de l'amélioration des conditions de vie dans les quartiers et zones urbaines en général. C'est dans ce cadre que les différents plans psychiatrie et santé mentale (PPSM) qui se sont succédé depuis, ont intégré ces mesures d'« aller vers », alimentant une préoccupation majeure des pouvoirs publics qui consiste à consolider le partenariat entre le champ sanitaire et celui social.

La dernière feuille de route Santé mentale et psychiatrie du Ministère du Travail De la Santé et des Solidarités ¹¹ publiée en mars 2024 renforce ce souci d'harmoniser l'articulation entre le sanitaire et le social dans la prise en charge des souffrances psychiques des populations vulnérables. L'action 17 de cette feuille de route insiste sur l'objectif d'enrichissement et de diversification des réponses que les pratiques de soins ambulatoires et d'« aller vers » en psychiatrie pourraient apporter¹².

Aujourd'hui, la santé mentale est érigée Grande cause nationale 2025¹³ par l'État avec à la clé 4 objectifs que sont : la déstigmatisation des regards sur la santé mentale ; l'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national ; le doublement d'ici 2028 du nombre de maisons d'adolescents (Passer de 125 aujourd'hui à 250 en 2028) ; l'accompagnement en amont, socio-économique des personnes concernées.

Ce quatrième objectif reprend aussi le besoin de consolider le partenariat entre les secteurs sanitaires et sociaux.

Ces différents enjeux sont pilotés par un Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, fonction créée par le décret n° 2019-380 du 29 avril 2019.

psychiatrie. Date d'application : immédiate NOR : SANH0530523C (texte non paru au journal officiel) Classement thématique : protection sanitaire », 10 pages

¹¹ Ministère du Travail De la Santé et des Solidarités : « Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie : état d'avancement au 1^{er} mars 2024 », 128 pages

¹² Ibid. page 50

¹³ <https://www.info.gouv.fr/actualite/la-sante-mentale-grande-cause-nationale-en-2025>

Une définition extensive de la santé mentale au-delà du soin : un objet à part entière de la Prévention Spécialisée

Dans sa rédaction du « Rapport relatif à la santé mentale »¹⁴ en 2016, Michel Laforcade¹⁵ rappelle que l'article 69 de modernisation de notre système de santé (LMSS) distingue clairement « la politique de santé mentale, branche de la santé publique, et l'organisation de la psychiatrie » (Rapport Laforcade, 2016 : 81). Cette dernière étant sous-tutelle des politiques de santé mentale qui la transcendent, alors que la santé mentale n'est pas de la « responsabilité exclusive de la psychiatrie » (Rapport Laforcade, 2016 : 81).

L'auteur explique que l'article 69 reprend la définition par l'OMS de la santé mentale, d'inspiration québécoise, et qui prend en compte les personnes non atteintes de troubles mentaux : « La santé mentale est une composante essentielle de la santé », qui est définie comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Rapport Laforcade, 2016 : 82).

Cet article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé modifie l'article L. 3221-1 du code de la santé publique, et donne une définition qui élargit le champ de la santé mentale bien au-delà de la psychiatrie : « *La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion* »¹⁶.

Cette définition extensive de la santé mentale situe la « prévention », la « réadaptation » et la « réinsertion sociale » parmi les cinq objets de sa prise en charge. Cela place à part entière les acteurs de la Prévention Spécialisée parmi les sept catégories professionnelles citées dans l'article 69 en tant qu'acteurs de la mise en œuvre de la politique de santé mentale.

En effet, les actions préventives en faveur des jeunes pris en charge par ce champ concourent à détecter et traiter les facteurs menant à certaines pathologies psychiques : isolement, mal-être scolaire, harcèlement, violences inter-juvéniles et intrafamiliales, et plus généralement l'exclusion sociale ainsi que les divers phénomènes de marginalisation, etc.

¹⁴ Laforcade Michel : « Rapport relatif à la santé mentale », Ministère des affaires sociales et de la santé, Octobre 2016, pages 81-82.

¹⁵ Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine

¹⁶https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913265

En repérant ces différentes problématiques de désocialisation, les professionnels de la Prévention Spécialisée se situent au début de la chaîne de traitement des questions liées à la santé mentale des jeunes. C'est ainsi que leurs actions s'inscrivent ainsi dans une dimension prophylactique. Cela signifie qu'ils ne sont pas des professionnels¹⁷ du soin certes, mais qu'en allant vers les publics vulnérables et souvent situés dans les « zones blanches », ils remplissent une fonction primaire de prévention des pathologies mentales.

Dans le cas du Département du Nord, le dispositif ALSES (Acteurs de Liaison Sociale en Environnement Scolaire) mis en place depuis 20 ans au sein des collèges avec l'intervention des éducateurs de prévention Spécialisée auprès des jeunes, est à inscrire aussi dans ce large panel d'actions préventives. Il permet grâce au travail des éducateurs en milieu scolaire, d'aider au repérage des collégiens en situations de mal-être combinées au décrochage scolaire, ou liées au harcèlement par exemple, etc.

En traitant ces questions par des actions d'adaptation, « réadaptation » des jeunes suivis, les acteurs de la Prévention Spécialisée permettent aux jeunes de se socialiser-resocialiser. Dans les cas les plus préoccupants, les processus de désocialisation-marginalisation peuvent faute de mieux, être stabilisés. Les professionnels y parviennent en aidant les jeunes à consolider les liens familiaux, intergénérationnels et hors du quartier (citoyenneté). Cela s'effectue à partir du moment où le lien de confiance entre le jeune et l'éducateur ou le PsyREPS est établi.

Ces actions permettent de limiter les risques de dégradation de la santé mentale des jeunes. Ceci en permettant de prévenir les situations de détérioration qui conduisent à des points de non-retour nécessitant un enfermement psychiatrique, ou parfois des comportements ordaliques révélant certaines appétences traumatophiliques menant tout simplement au passage à l'acte.

À travers les chantiers d'insertion et le maillage partenarial avec les différentes structures de réinsertion sociale, la Prévention Spécialisée participe activement au cinquième objectif des politiques de santé mentale que constitue la réinsertion. L'orientation des jeunes vers France Travail, les Missions Locales, les EPIDE (Établissements publics d'insertion dans l'emploi), ainsi que leur sensibilisation sur les différents dispositifs d'insertion qui leur sont dédiés (Parcours contractualisé d'accompagnement vers l'emploi et l'autonomie / PACEA, Volet « jeunes en rupture » du Contrat d'engagement jeunes / CEJ, Écoles de la deuxième chance / E2C, Garantie Européenne pour la jeunesse en direction des NIIT¹⁸, fonds pour l'insertion professionnelle des jeunes / FIPJ) sont autant d'actions inclusives réalisées quotidiennement et traditionnellement par les associations de Prévention Spécialisée.

¹⁷ Concernant les PsyREPS, nous verrons qu'ils ne sont pas considérés comme étant des professionnels du soin mais que la question s'avère plus complexe dans la pratique .

¹⁸ « NEET » *Neither in employment nor in education or training* / Ni en emploi, éducation ou formation.

Elles permettent clairement de réduire les risques liés à l'émergence de souffrances psychiques dues à l'exclusion et à la pauvreté. Il est donc clair que les professionnels de la Prévention Spécialisée, bien avant l'arrivée des PsyREPS dans leurs équipes contribuent déjà aux politiques publiques de santé mentale, notamment sur les dimensions préventives, ré-adaptatives, et insertives. Curieusement, cette assertion n'est pas souvent revendiquée par les directions des associations, qui pourraient pourtant s'en prévaloir. De la même manière que malgré la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, certains acteurs externes à la Prévention Spécialisée continuent de dissocier le secteur, des actions de santé mentale.

S'il est vrai qu'ils ne sont pas considérés comme étant des professionnels du diagnostic et du soin des pathologies psychiques, les PsyREPS émettent néanmoins des hypothèses de diagnostic et face à certaines situations préoccupantes et urgentes, peuvent effectuer des esquisses de soin. La mise en place du dispositif PsyREPS devient ainsi une volition qui permet à la Prévention Spécialisée de se doter de compétences supplémentaires qui puissent permettre au secteur de se constituer en acteur à part entière de la santé mentale.

En effet, les PsyREPS permettent à la Prévention Spécialisée d'être totalement dotée en ressources afin de traiter entièrement trois actions de la politique de santé mentale que sont la « prévention », la « réadaptation » et la « réinsertion sociale » ; mais aussi de parvenir à participer activement aux deux actions de « diagnostic » et de « soin », en effectuant des hypothèses de diagnostic et en esquissant des protocoles de soin.

Cela se manifeste par le fait que face à certaines situations urgentes et dégradées, les PsyREPS, faisant preuve d'ingéniosité, parviennent malgré les obstacles inhérents aux modalités et méthodes de la Prévention Spécialisée (Non-demande, hors-les murs, actions socio-éducatives) ainsi qu'à la discipline psychologique, à poser des bases solides en termes de pistes de diagnostics et de soin.

Avec l'arrivée des PsyREPS, la Prévention Spécialisée est impliquée dans la prise en charge des cinq actions de la politique de la santé mentale. En intégrant des professionnels de la psyché, les associations passent du statut d'acteurs secondaires de la santé mentale des jeunes à celui d'acteurs majeurs. Elles s'octroient une capacitation sthénique dont l'obstacle majeur constitue cependant les possibilités pour les PsyREPS de « psychothérapier » conformément aux impératifs et modalités de la psychologie.

Le dispositif PsyREPS, malgré sa méconnaissance et son caractère innovant, trouve entièrement sa place dans les préoccupations des pouvoirs publics évoquées ci-dessus. Plus que d'y trouver leur place, ces professionnels dans une perspective réticulaire constituent un chaînon de liaison entre les secteurs sociaux et médicaux.

Aujourd'hui, près d'une décennie après le début des premières expérimentations, s'impose l'impératif de parvenir à effectuer un premier bilan.

En effet, l'arrivée de la psychologie dans le champ de la Prévention Spécialisée, qui dispose d'un cadre historiquement moins académique et d'un public plus hétérogène, soulève d'importants enjeux méthodologiques ainsi que d'autres, impliquant des recompositions professionnelles.

Pour ces raisons parmi d'autres, il est aujourd'hui nécessaire d'effectuer un premier regard excentré, au travers de cette action-recherche menée par un sociologue, chargé de recherche à l'APSN et sept PsyREPS qui interviennent au sein d'équipes de Prévention Spécialisée du Département du Nord.

I- DE LA COMMANDE À LA MÉTHODOLOGIE

I-1 Scientificté de la méthode de l'action-recherche

La démarche d'action-recherche implique une participation active à l'étude de l'objet étudié : dans le cas des PsyREPS, ils ¹⁹ coconstruisent la démarche avec un sociologue. Il y a un changement de la relation classique sujet-objet dans le sens où l'objet de la recherche en est aussi un sujet. Quant au sociologue, il doit rester invariablement un sujet et garder son rôle de coordinateur et cautionnaire scientifique de la démarche.

Ce qui, dans le cadre de cette étude, semble complexe dans la mesure où un sociologue qui travaille à l'APSN, tête de réseau des équipes de Prévention Spécialisée du département du Nord, suscite des attentes multiples et parfois antagonistes, de la part des différents partenaires. Cette place invariable de sujet qui pense, est constamment construite et consolidée avec une extrême vigilance.

La méthode de l'action-recherche permet de débusquer, faire remonter, « mettre en évidence » les problèmes d'une organisation, par le dialogue et l'échange avec les acteurs de cette organisation, parties prenantes du problème en question.

L'on peut donc émettre des questionnements sur l'objectivité de ce type de recherche. En effet, les psychologues ont forcément des intérêts et attentes professionnels. Sur le plan axiologique, cela n'est pas du tout incompatible avec la quête de connaissance scientifique car comme l'affirme Jurgen Habermas²⁰ cité par Ozanne Julie et Bige Saatcioglu ²¹, la connaissance est inséparable des trois intérêts qui la guident que sont : l'intérêt technique ; celui communicatif et pratique ; et l'intérêt émancipatoire. Il rajoute que ces trois intérêts sont tous valables mais évoquent des voies différentes vers la connaissance (Ozanne, Saatcioglu, 2008 : 425).

Les PsyREPS s'interrogent sur leur identité professionnelle à travers les enjeux et dimensions de leurs missions. Ils témoignent donc d'un intérêt technique qu'ils ont à effectuer cette action-recherche ; le flou communicationnel qui peut exister ainsi que la nature de leur collaboration avec les autres professionnels de la Prévention Spécialisée, qu'ils évoquent comme problème renvoie à l'intérêt communicatif et pratique ; La précarisation de leurs emplois liée à la non-prérennisation des contrats de travail sont reliés à l'intérêt émancipatoire qu'évoque Habermas.

¹⁹ L'utilisation du masculin pour désigner un groupe de 7 professionnels composé d'un seul homme peut paraître dérangeante, la question a été évoquée collectivement et il a été convenu que cela ne posait pas de difficultés. Garder l'usage au masculin permet aussi d'assurer l'anonymisation car étant donné qu'il y a un seul homme, l'on aurait deviné facilement les verbatims qui retranscrivent ses propos.

²⁰ Habermas, Jurgen (1971), *Knowledge and Human Interests*, Boston: Bacon.

²¹ Ozanne Julie, Bige Saatcioglu: Participatory action research October 2008 *Journal of Consumer Research* 35(3):423-439

Le positionnement épistémologique qui consiste à objectiver la subjectivité des participants à l'action-recherche permet justement de pouvoir s'en démarquer afin de l'analyser. C'est cette distanciation qui permet d'asseoir une légitimité scientifique de l'étude. En ce sens qu'elle permet aussi d'éviter le piège que constituent les risques de supplantation de préoccupations purement cognitives par des aspirations liées à des enjeux corporatistes, de luttes de pouvoir et autres intérêts ascientifiques.

Jeanne Guien abonde remarquablement dans ce sens en donnant l'exemple d'une action-recherche avec des récupérateurs-vendeurs de rue où l'exigence fut de rigueur. Nous pensons que son propos relaté dans l'extrait de l'encadré ci-dessous correspond parfaitement au contexte de notre action-recherche au vu des 3 différents enjeux Habermassiens cités plus haut. Cet extrait sonne comme une charte scientifique et éthique de l'action recherche :

Conditions d'une action recherche scientifique neutre et objective :

« (...) dans la mesure où chacun est invité à éclaircir sa propre position en tant que personne et son implication socioprofessionnelle. Cette praxis propre à la recherche-action permet de construire au sein du groupe des relations qui sont basées avant tout sur une posture réflexive et non sur un statut social. Les relations au sein d'un groupe sont rarement égalitaires, ne serait-ce que par la façon de prendre la parole et de se sentir légitime d'orienter l'action. Certains vont se présenter comme plus légitimes que d'autres ou parler « au nom de ». D'autres seront dans des stratégies socio professionnelles individuelles ou collectives, ne voyant la recherche-action que de façon instrumentale, etc. Sans gommer ces inégalités et ces différences spatio-temporelles dans les modes d'implication, la démarche de recherche-action facilite les synergies dans un croisement des savoirs (pragmatiques, techniques, scientifiques) en permettant à chacun d'apporter des éléments au processus. » (GUIEN, 2018 : 51) ²².

GUIEN, Jeanne, et al. « Recherche-action avec les récupérateurs-vendeurs de rue ». Cahiers de l'action, 2018/2 N° 51-52, 2018. p.47-53.

I-2 Les huit axes de la commande

La commande de cette action recherche émane du Conseil d'Administration de l'APSN et vise à interroger, à explorer ce mode d'intervention innovant. Il ne s'agit pas à ce stade d'évaluer le dispositif, mais de mener un travail scientifique d'immersion avec les PsyREPS qui devrait à terme, apporter des éclairages sur plusieurs axes :

²² GUIEN, Jeanne, et al. « Recherche-action avec les récupérateurs-vendeurs de rue ». Cahiers de l'action, 2018/2 N° 51-52, 2018. p.47-53.

- **Impact du travail des PsyREPS sur les jeunes**

Aucune étude ne permet de mesurer de manière fiable les effets de la psychologie de rue sur les jeunes. Cette dimension nous semble pertinente par rapport au public accompagné par la Prévention Spécialisée. Il s'agira d'interroger à partir d'une observation de cas pratiques de suivis, les résultats et effets de l'intervention des PsyREPS sur les jeunes.

- **Santé mentale, jeunes et dimension interculturelle**

Comme évoqué dans l'introduction, la spécificité des jeunes issus des quartiers populaires complexifie les interventions de la psychologie en leur direction dans la mesure où il existe une réticence manifeste à l'égard de la discipline. Cette réticence est aussi liée à l'ancrage culturel et religieux des familles qui développent des modèles informels de prise en charge puisés dans la religion ainsi que dans les traditions des pays d'origine des parents. Il s'agira de prendre en compte cette dimension.

- **Les psychologues et la posture « d'aller vers »**

La psychologie est caractérisée par des méthodes d'intervention en milieu fermé « dans les murs » avec notamment des approches cliniques et thérapeutiques centrées sur l'étude du comportement de l'individu. Il s'agit de séances d'écoute qui permettent de poser un diagnostic afin de permettre à l'individu de réfléchir à sa situation et éventuellement à sa condition. L'expérimentation menée en prévention spécialisée par l'introduction de psychologues dit « de rue » constitue une rencontre entre deux cultures professionnelles, des pratiques professionnelles différentes. Il s'agit de saisir les mécanismes par lesquels les psychologues parviennent à développer une posture « d'aller vers » les jeunes en vue de prendre en compte les questions de santé mentale dans la rue. Cette question ne pourra faire l'économie du lien méthodologique entre les éducateurs de rue et les PsyREPS.

- **Formes et fréquences du travail de rue par rapport aux éducateurs**

Dans le prolongement de l'axe précédent, il est essentiel d'étudier la relation entre les éducateurs et les PsyREPS parce qu'elle conditionne à plusieurs égards le travail en cohésion au travers de l'interdisciplinarité. Comment les éducateurs à travers leurs perceptions et représentations de la psychologie accueillent-ils et collaborent-ils ou non avec les PsyREPS ? De quelle manière le travail de rue s'effectue-t-il entre ces deux catégories professionnelles ? À quels rythmes et fréquences ?

- **Conditions de la rencontre : travail de rue, partenaires, éducateurs et par le réseau primaire**

Dans cet axe de réflexion, il va s'agir d'explicitier les mécanismes de prise en compte des jeunes au travers des circuits de repérage, d'orientation, d'accueil et d'accompagnement. Le réseau et le maillage partenarial ne pourraient être occultés dans la mise en lumière de ces mécanismes.

- **Problématiques traitées**

Il est intéressant de parvenir à identifier voire effectuer une typologie des différentes formes de problèmes liés à la santé mentale des jeunes. L'objectif est de dépasser les représentations classiques sur les dimensions de la santé mentale des jeunes, dont une partie non-exhaustive est déjà exposée dans le second axe.

- **Public cible et profils**

Cette étude ne peut être réalisée sans que nous puissions parvenir à définir le profil du jeune qui est accompagné par les PsyREPS. À cette fin, nous exploiterons les éléments saisis dans la base de données commune de l'APSN par les PsyREPS du Département Nord. L'analyse qualitative basée sur l'exploitation d'entretiens avec des jeunes suivis permettra de compléter cette catégorisation.

- **Risque de glissement vers les modes de prise en charge « dans les murs »**

Existe-t-il un risque de glissement vers un modèle de prise en charge « dans les murs » en Prévention Spécialisée avec l'introduction des PsyREPS au sein des équipes éducatives ? Inversement les PsyREPS risquent-ils de trop s'acculturer aux pratiques éducatives ? Ces interrogations sont d'autant plus légitimes qu'au sein même de la discipline psychologique, il existe une tradition d'auto-critique et de remise en question avec notamment le mouvement antipsychiatrique du Docteur Roelandt qui défend l'idée d'une psychologie-psychiatrie « hors les murs », de l'anti-enfermement qui stipule qu'il faut rester dans une vie sociale tout en ayant accès à des soins.

Les axes précités convergent vers la question de recherche suivante, formulée collectivement avec les PsyREPS :

Comment se manifeste le travail des psychologues de rue en prévention spécialisée en termes d'enjeux, dimensions, effets et perspectives ?

I-3 Catégorisation et hypothèses

Cette étude se propose d'explorer les recompositions professionnelles qui s'opèrent en Prévention Spécialisée à travers l'arrivée des PsyREPS, notamment dans les processus de leur collaboration avec les éducateurs spécialisés. L'objectif de la commande est de démontrer la plus-value de leur travail en Prévention Spécialisée. Cependant, nous prenons la précaution de la traiter en respectant une rigueur scientifique.

Ethiquement, cela nous impose de laisser la science et le terrain répondre aux questions que la commande nous pose.

Concrètement, cela signifie que si l'étude démontre qu'il n'y a pas de réelle plus-value qu'apporterait l'arrivée des Psychologues de rue en Prévention Spécialisée, nous aurions la liberté totale et l'obligation de le restituer fidèlement dans le cadre de l'écrit finalisé.

L'encadré suivant détaille comment à partir de la commande initiale, une question générale de recherche a été formulée collectivement par les participants à l'action-recherche. Cette reformulation intervient après une première phase exploratoire lors d'un *focus group* regroupant 8 PsyREPS ; ainsi que 2 entretiens exploratoires menés avec une ancienne psychologue de rue et un, encore en poste. Par la suite, en partant de ce matériau, une catégorisation collective menant à des hypothèses de travail a été effectuée.

Nous prenons le parti ici de retranscrire cette partie en restant fidèle à son écriture collective initiale. Cependant, nous verrons par la suite qu'une reformulation est nécessaire.

Retranscription intégrale du travail collectif de catégorisation menant aux hypothèses :

En rouge : les hypothèses non explorées / En bleu : Les hypothèses exploitées

Question provisoire de recherche : Comment se manifeste le travail des PsyREPS en prévention spécialisée en termes d'enjeux, dimensions, effets et perspectives ?

1) Professionnalisation

- Pérennisation du poste
- Formation des PsyREPS
- Fiches de poste
- Gestion RH

Hypothèse 1 : Les enjeux de la professionnalisation du métier de psychologue de rue sont vitaux car touchant toutes les dimensions princeps d'une gestion des ressources humaines sécurisante et stabilisante pour cette fonction.

2) Liens avec la Prévention Spécialisée

- Place dans l'équipe Prévention Spécialisée
- Coexistence entre Psychologie et Prévention Spécialisée
- Concurrence
- Complémentarité
- Limites

Hypothèse 2 : L'opacité des liens entre Prévention Spécialisée et psychologie de rue influe sur l'intervention des professionnels tant sur leur place au sein des équipes de PS que sur l'articulation entre les deux champs.

3) Liens avec les autres structures

- Liens avec les CMP
- Liens avec les CEGID
- Liens avec l'éducation nationale
- Autres liens

Hypothèse 3 : La consolidation des liens partenariaux hors Prévention Spécialisée est nécessaire au travail du psychologue de rue, particulièrement avec l'éducation nationale, les structures d'aide médico-psychologique et les autres structures socio-sanitaires.

4) Communication

- Flou autour des informations
- Enjeux du secret professionnel
- Choix des informations pertinentes

Hypothèse 4 : Le système de communication qui oriente l'action des PsyREPS est très instable, voire formellement inexistant.

5) Dimensions spatio-temporelles du travail des psychologues des rue

- Temps institutionnel et temps psychologie de rue
- Temps éducatif et temps psychologie de rue
- Temporalités de l'urgence du suivi des jeunes
- Stratégies d'adaptation aux contraintes spatio-temporelles
- Lieux de l'intervention (hors les murs et dans les murs)

Hypothèse 5 : L'action des PsyREPS s'inscrit sans cesse dans un espace-temps contraignant face auquel ils doivent s'adapter continuellement.

6) Représentations autour de la psychologie

- Représentations des jeunes sur la psychologie
- Représentation des autres acteurs sur la psychologie (éducateurs de Prévention Spécialisée)
- Enjeux du lien psychologie-psychiatrie
- Déconstruction du rôle du psychologue de rue
- Déconstruction des représentations des jeunes sur la psychologie
- Dimensions culturelles
- Psychologie et assistance sociale
- Précarité et accès aux soins

Hypothèse 6 : Les représentations qu'ont les différents acteurs, principalement les jeunes, sur la psychologie ont une incidence sur les pratiques des professionnels d'où la nécessité de leur déconstruction.

7) Pratiques professionnelles

- Innovation méthodologique
- Entre formel et informel
- Dilemme entre thérapie brève d'appoint et psychothérapie longue
- Enjeux cliniques

Hypothèse 7 : Les PsyREPS sont dans une invention expérimentale quotidienne d'une méthodologie qui semble opérationnelle en ce sens qu'elle permet d'optimiser leurs pratiques professionnelles en l'absence d'un cadre méthodologique formel.

Au fur et à mesure de la phase d'exploration, nous avons été amenés à devoir reformuler aussi bien la question de recherche que les hypothèses. Ces dernières ont été réduites et synthétisées autour de trois grandes ; de même que la question de recherche fut reformulée autour de la relation entre les enjeux de l'arrivée des PsyREPS et les manières dont se construisent leurs différentes professionnalités.

Les hypothèses 1,2,5 et 7 ont été conservées, reformulées et synthétisées en trois grandes.

Les hypothèses 3, 4 et 6 n'ont pas été retenues pour les raisons suivantes :

Dans la mesure où les contraintes liées au temps et au matériau dans le cadre de cette action-recherche ne nous ont pas permis d'interroger des partenaires hors-Prévention Spécialisée, la consolidation des liens partenariaux (Hypothèse 3) avec les autres structures hors Prévention Spécialisée ne peut être questionnée objectivement. Et même dans le cas de figure où ce questionnement aurait été possible, il nous semble complexe d'appréhender ce lien en dehors des canaux classiques de partenariat qui existent déjà entre la Prévention Spécialisée et les autres structures avec lesquelles elle est en lien.

L'hypothèse 4 qui évoque l'instabilité, voire l'absence d'un système de communication est supprimée. En effet cette question ressort déjà à travers la question de la professionnalité et celle de la relation entre Psychologues et Prévention Spécialisée. Les notions de secret professionnel, de partage et d'échange d'informations, posées dans cette hypothèse, sont par ailleurs explorées et rentrent dans le cadre de l'explicitation de l'hypothèse 1.

L'hypothèse 6 sur la nécessité de la déconstruction des représentations sur la psychologie notamment chez les jeunes, si elle est plausible, ne peut constituer une hypothèse à part entière. En effet, cette question apparaît en filigrane à travers les hypothèses 5 et 7 traitants des méthodes et effets du travail des PsyREPS sur les jeunes. Cette question de la déconstruction des perceptions négatives sur leur discipline renvoie aux différentes postures méthodologiques des psychologues des rue.

En fin de compte, le travail de reformulation mène à l'élaboration de trois hypothèses qui répondent provisoirement à une nouvelle question générale de recherche (Voir encadré page suivante) :

Question de recherche retenue :

Comment se construisent les professionnalités des psychologues de rue à travers les différents enjeux liés à leur intégration au sein des équipes de Prévention Spécialisée ?

Comment se construisent les professionnalités des psychologues de rue à travers les différents enjeux liés à leur intégration au sein des équipes de Prévention Spécialisée ?

3 hypothèses :

Hypothèse 1 : Deux enjeux majeurs configurent l'identité professionnelle des PsyREPS : des pratiques « transprofessionnelles » avec les éducateurs spécialisés qui relèvent d'une intégration et de relations transculturelles ; la perspective d'une pérennisation des postes qui permettrait de sécuriser leur statut et de consolider les dispositifs qu'ils mettent en place en faveur des jeunes.

Hypothèse 2 : L'absence d'un cadre méthodologique formel oblige les PsyREPS à s'adapter sans cesse à des contraintes spatio-temporelles. Cette accommodation s'effectue à travers une invention quotidienne de techniques et méthodes qui semblent opérationnelles en ce sens qu'elles permettent d'optimiser leurs pratiques professionnelles.

Hypothèse 3 : L'arrivée des PsyREPS permet à la Prévention Spécialisée d'internaliser la problématique croissante de la santé mentale des jeunes. Cet apport de nouvelles compétences améliore considérablement l'offre socio-éducative qui s'étoffe en offre psycho-socio-éducative.

I-4 Terrain, échantillonnage et déroulé de l'enquête qualitative :

Cette action-recherche a été menée avec 7 PsyREPS²³ qui interviennent principalement dans les départements du **Nord** et du **Pas-De-Calais** au sein des associations et des équipes de Prévention Spécialisée. Les territoires d'intervention sont les suivants :

- **Roubaix** (secteur Ouest et Nord) où intervient une psychologue de rue de l'association d'éducation et de prévention (AEP), Laure Chambaudet.
- Sambre-Avesnois (secteurs de **Fourmies**, **Jeumont**, et **Louvroil**), territoires sur lesquels intervient Aline Lecuyer également salariée à l'AEP.
- **Villeneuve-D'Ascq** et **Mons-En-Barœul** où intervient Ismael Taubira, psychologue de rue dans deux associations AVANCE et APSM-Azimuts.
- **Roubaix** (Pile, Sainte-Elisabeth, Moulin, Potennerie, Trois-ponts), **Hem** (Schweitzer) et **Wattrelos** (Beaulieu et Mousserie) où intervient Romane Ascolese de l'association HORIZON9.
- **Tourcoing**, où intervient Angèle Becuwe de l'association AAPI.

²³ Un huitième PsyREPS ayant participé au premier *focus group* n'a pas poursuivi la démarche.

- **Harnes, Billy-Montigny, et Sallaumines**, où intervient Celya Mougari de l'association *Avenir des Cités* qui est également intervenue en remplacement à Tourcoing avec l'Association d'Animation de Prévention et d'Insertion (AAPI).
- **Bruay-la-Buissière, Béthune, et Calonne-Ricouart**, où intervient Julie Delautel du club de Prévention *La Vie Active*.

Deux PsyREPS, du CAPEP (Comité d'action pour l'éducation permanente et la diffusion culturelle) ont vers la fin de l'étude, renforcé l'action-recherche en qualité de personnes ressources : Joséphine Hyart et Lauranne Risposi Lhermite. Elles interviennent sur les territoires suivants :

- **Condé sur Escaut, Fresnes sur Escaut, et Quiévrechain** pour Joséphine Hyart.
- **Denain, Louches, Escaudain**, pour Lauranne Risposi Lhermite.

Au total, les PsyREPS concernés par cette action-recherche interviennent dans six communes du Département du Pas-De-Calais (**Harnes, Billy-Montigny, Sallaumines, Bruay-la-Buissière, Béthune, et Calonne-Ricouart**) et 16 villes du Nord (**Roubaix, Hem, Fourmies, Jeumont, Louvroil, Villeneuve-D'ascq, Mons-En-Barœul, Hem, Wattrelos, Tourcoing, Condé sur Escaut, Fresnes sur Escaut, Quiévrechain, Denain, Louches, Escaudain**).

Au total, ce sont 22 communes qui sont concernées et 8 associations de Prévention Spécialisée : Association d'éducation et de prévention (AEP), Association Avance, Association APSM-Azimuts, Association Horizon9, Association d'animation de Prévention et d'Insertion (AAPI), Association Avenir Des Cités, Club de Prévention La Vie Active, Comité d'action pour l'éducation permanente et la diffusion culturelle (CAPEP).

Un premier focus group du 27 février 2024 en phase exploratoire a rassemblé l'ensemble des professionnels. Lors de cette rencontre, nous avons priorisé une approche inductive en partant du terrain avant de problématiser notre sujet. Cette discussion ouverte, sans grille thématique prédéfinie, a permis, par la suite, de catégoriser les différentes problématiques qui ressortaient de l'exercice du métier de psychologue de rue. Cette méthode a été plébiscitée par les PsyREPS d'autant plus qu'elle converge dans son format, avec une approche clinique d'écoute classiquement adoubée en psychologie.

A partir de cette première rencontre et après une retranscription des échanges, nous avons pu lors d'une seconde rencontre en visioconférence, le 25 avril 2024 formuler ensemble une question générale de recherche, effectuer une catégorisation et proposer sept hypothèses provisoires. A la suite de cette réunion, un guide d'entretien (voir annexe) a été élaboré et validé par le groupe.

Le 28 mai 2024, une troisième rencontre a eu lieu à l'APSN. Elle a regroupé cinq psychologues. Cette rencontre fut une innovation méthodologique intéressante prenant la forme d'un format hybride entre *focus group* et entretien sociologique. Pour contourner certaines contraintes temporelles, nous avons choisi d'interroger les cinq PsyREPS en séquence collective. Le guide d'entretien a donc été testé et administré avec à chaque fois cinq enquêteurs (quatre PsyREPS et le sociologue qui coordonne l'action-recherche) et un enquêté. Il y a eu lors de ces entretiens, des temps d'échange courts, des réactions ainsi que différentes remarques.

Parallèlement, trois immersions sociologiques ont été effectuées aux dates suivantes : le 28 février 2024 à Villeneuve-D'Ascq avec le psychologue de rue Ismaël Taubira des associations AVANCE et AZIMUTS ; le 19 juin 2024 à Roubaix secteur Nord et Ouest avec Romane Ascolese de l'association AEP ; le 25 juin 2024 à Harnes, Billy-Montigny, et Sallaumines avec Célya Mougari de l'association *Avenir des cités*. Lors de ces trois observations, il a été question de passer une demi-journée à effectuer du travail de rue, observer les PsyREPS en action, rencontrer des jeunes et les autres éducateurs des associations. Il est à noter qu'il y a eu des échanges et discussions, avec 4 éducateurs de rue lors de ces immersions.

Entre les mois de mai et juin 2024, plusieurs entretiens sociologiques ont été effectués. En effet, il était nécessaire de réaliser des entretiens individuels avec les psychologues afin d'atténuer les effets de contexte qui auraient pu interférer dans ceux menés collectivement le 28 mai 2024.

C'est dans ce cadre que 8 entretiens ont été réalisés avec 8 PsyREPS dont une ancienne qui n'exerce plus en Prévention Spécialisée ; 6 entretiens ont concerné des jeunes dont quatre filles et deux garçons ; une éducatrice spécialisée a été interrogée dans le cadre d'un entretien sociologique ; un chef de service a aussi été interrogé.

Au total ont été effectués :

- 16 entretiens individuels
- 3 observations par immersion
- 1 *focus group*
- 1 atelier méthodologique de travail
- 5 entretiens individuels mais administrés collectivement.

II- ÊTRE PSYCHOLOGUE DE RUE EN PRÉVENTION SPÉCIALISÉE : un équilibre constant entre modalités de la Prévention Spécialisée et de la psychologie

II-1 Deux premiers enjeux de la professionnalisation : formation et missions

II-1-1 Une formation universitaire classique et un savoir expérientiel

Les PsyREPS ayant participé à cette action-recherche ont en commun d'avoir suivi un cursus universitaire classique et d'être titulaires de Masters universitaires. Cependant, leurs premières expériences avant l'arrivée en Prévention Spécialisée sont quant à elles diversifiées.

Laure Chambaudet, par exemple, psychologue à l'AEP de Roubaix est diplômée de la faculté de Lille 3 où elle a suivi un Master en "Psychopathologie clinique et psychothérapies analytiques". Elle a, par la suite, effectué des stages et réalisé différentes missions au sein de structures ouvertes d'hébergement et envers différents publics (pouponnière, *Home des Flandres*, collège, Protection Judiciaire de la Jeunesse, SIAVIC-Service Intercommunal d'Aide Aux Victimes, services hospitaliers pédopsychiatriques).

Elle a été formée dans son cursus universitaire à la psychothérapie institutionnelle, qui préconise une psychologie qui se déploie selon elle aussi bien dans les bureaux, que dans les différents espaces, parcs, entre-deux, couloirs etc. C'est le fait d'avoir évolué dans ce paradigme qui finalement lui aurait permis de parvenir facilement à travailler en Prévention Spécialisée où la culture du « hors les murs » est omniprésente.

Une autre psychologue ayant travaillé avant elle à l'AEP de Roubaix et qui fait partie des figures pionnières de l'expérimentation du dispositif dans le Département du nord, Marion Zeghdoudi, a suivi aussi un cursus universitaire. Un an et demi après son Master obtenu en 2017, elle intègre un service de Prévention Spécialisée en janvier 2019, ceci après avoir connu des expériences notamment en maison des adolescents. Elle ne participe pas à l'action-recherche car elle n'exerce plus en Prévention Spécialisée mais fut l'une des personnes ressources qui y ont contribué.

Un troisième exemple concerne Ismael Taubira, Psychologue de rue au sein des deux associations de Prévention Spécialisée Avance et Azimuts. En 2015, dans le cadre d'une reconversion professionnelle, une immersion au sein du club de prévention spécialisée FCP de Marcq-en-Barœul a motivé son inscription à l'université de Lille 3 en filière psychologie.

Ambitionnant de s'orienter vers les métiers du social et conscient de l'importance d'un socle théorique adapté, il dit avoir structuré les options de son parcours académique autour de la psychologie sociale, de l'éducation et du développement. Diplômé d'un master Psychologie DEHIS (Développement, Éducation, Handicap, Individu et Sociétés), avec une spécialisation dans les interventions éducatives et sociales, il a intégré en 2021 le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) de Roubaix, en tant que psychologue enfance.

En 2022, une opportunité en tant que psychologue de rue s'est présentée au sein du club de prévention spécialisée AVANCE à Villeneuve-d'Ascq.

Ce poste aurait permis d'ancrer son intervention sociale en cohérence avec son parcours de vie et ses aspirations, d'autant plus qu'il a grandi dans les quartiers populaires de Roubaix et a effectué son stage de professionnalisation en psychologie de rue au sein du club de prévention spécialisée AEP de Roubaix. Après une carrière de chauffeur poids lourd pendant 15 ans, Ismael juge que cette transition vers la psychologie de rue s'est imposée à lui comme une évolution personnelle cohérente et logique, lui offrant une orientation résolument tournée vers le soutien et l'accompagnement de populations vulnérables à besoins spécifiques et en marge du soin psychique.

Enfin, un dernier exemple en la personne de Lauranne Risposi Lhermite qui intervient comme PsyREPS au CAPEP. Elle a effectué son cursus universitaire en Belgique jusqu'en Master. Par la suite, sa formation fut complétée au sein du CAPEP sur la thérapie d'acceptation et d'engagement, qui découle des TTC (Thérapies Comportementales et Cognitives) et plus récemment sur la thérapie MOSAIC (Mouvements Oculaires et Stimulations Alternées pour l'Intégration Cérébrale) qui découle de l'EMDR (Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires). C'est par le hasard que Lauranne est tombée sur le poste de PsyREPS. Dans le cadre de son cursus, elle dit n'avoir pas eu connaissance de la psychologie de rue. Aujourd'hui, elle suit en moyenne 40 jeunes par an.

Comme Lauranne, les PsyREPS évoquent une méconnaissance de la Prévention Spécialisée dans leurs différents cursus universitaires. Ils arrivent dans ce champ en étant dépourvus de connaissances solides. Ce constat est largement atténué par le fait que les éducateurs spécialisés eux-mêmes lors de leur formation en école du travail social ne sont formés à la Prévention Spécialisée que sommairement.

L'histoire de ce champ socio-éducatif ainsi que ses modalités d'action spécifiques qui font une part belle à l'anonymat et à l'oralité, y sont certainement pour beaucoup. Les PsyREPS construisent donc leurs connaissances de la Prévention Spécialisée empiriquement, au sein des équipes qu'ils intègrent. La connaissance du cadre de leur intervention constitue une condition essentielle à la bonne conduite de leurs missions. Il s'agit pour eux de parvenir à apprivoiser les fondamentaux de la Prévention Spécialisée afin de l'ajuster le plus possible à l'intervention de la psychologie

Afin de pallier ce déficit épistémologique, deux modalités de formation pourraient être mobilisées selon l'un d'entre eux, qui viennent s'arrimer à leur autoformation :

- D'abord la possibilité de « *pouvoir être formés de manière adaptée au terrain de la psychologie et notamment à la sensibilité de la prévention spécialisée qui a une approche toute particulière par rapport aux publics.* » (**Psychologue de rue 1**). Selon lui, il y aurait suffisamment de place et d'opportunités dans les formations initiales afin de dispenser certaines bases d'approches de la Prévention Spécialisée.

- Ensuite, l'opportunité de bénéficier tout au long de leur parcours en Prévention Spécialisée d'une supervision par une structure au sein de laquelle se regrouperaient tous les professionnels du Département : « *Il manque aussi peut être une structure au niveau des supervisions qui puisse aider les PsyREPS à travers la supervision, mais aussi à travers des formations spécifiques à ce métier* » **(Psychologue de rue 1)**.

- Enfin il rajoute que « *comme dans tous les domaines, il faudra se former, s'outiller en fonction de sa propre sensibilité, sa propre identité professionnelle.* » **(Psychologue de rue 1)**. Cette autoformation quotidienne, déjà en œuvre, constitue aujourd'hui la principale source d'apprentissage des PsyREPS. Elle consiste à acquérir des savoirs expérientiels au fil de pratiques de terrain.

Le modèle souhaité serait donc une prise en compte du métier de psychologue de rue en Prévention Spécialisée dans les formations universitaires ; une formation en interne dans le cadre de supervisions et de groupes d'analyses de pratiques ; une autoformation à partir de savoirs expérientiels tirés de leurs propres expériences individuelles.

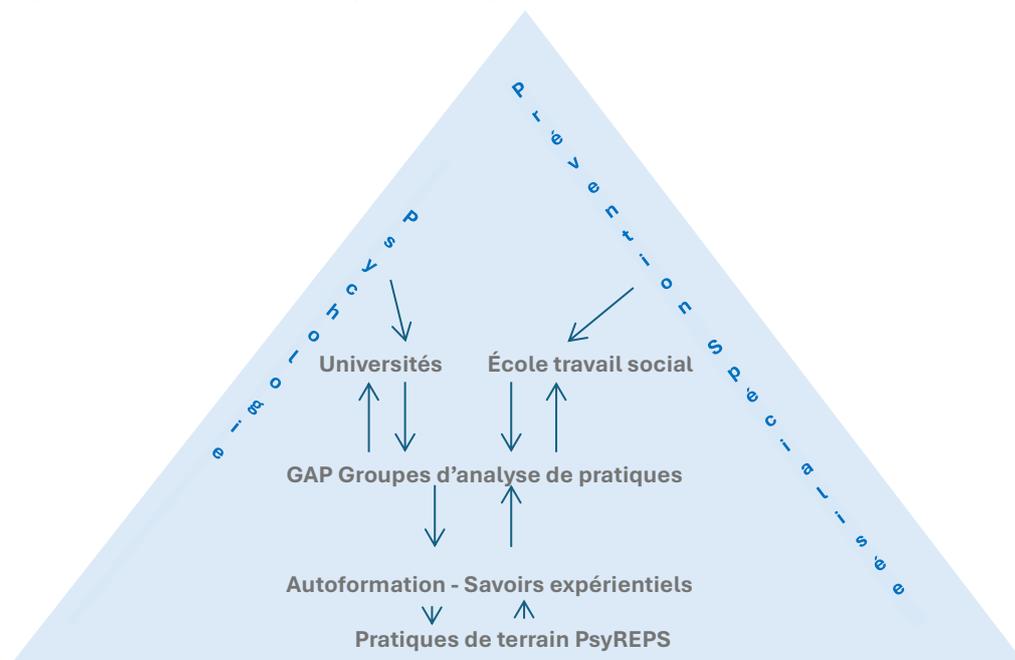


Figure 1 Modèle souhaité de formation par les PsyREPS

La formation des PsyREPS par une pratique quotidienne de leur métier, s'apparente au modèle décrit par Richard Wittorski dans son ouvrage *Professionnalisation et développement professionnel* paru en 2007²⁴ : l'auteur y décrit 6 voies de professionnalisation dont la cinquième correspondrait selon nous, à l'autoformation continue par la pratique de terrain des PsyREPS : il s'agit de « la logique de la traduction culturelle par rapport à l'action » qui implique l'émergence de nouvelles expériences tirées de l'action.

Ces savoirs expérientiels des PsyREPS alimentent leurs pratiques nouvelles et innovantes. Ils sont capitalisés et stabilisés dans le cadre de groupes d'analyses et d'échanges de pratiques qui ont déjà été mis en place aux débuts de l'expérimentation dans le Département Nord. Ces GAP ont été animés et coordonnés par l'APSN.

II-1-2 Des missions à clarifier : enjeux de l'harmonisation des fiches de poste²⁵ :

Le psychologue est un professionnel de l'écoute et de la relation dont l'approche repose sur la prise en compte de la réalité psychique d'un individu ou d'un groupe. À partir de la rencontre, il cherche à accueillir la parole de l'autre et à saisir ce qui fait symptôme chez un sujet dans un environnement donné. En fonction de son cadre d'exercice, il contribue à la vie associative et institutionnelle du service auquel il est rattaché.

L'usage du titre de psychologue est réglementé et soumis à un code de déontologie, et au secret professionnel par mission et non par fonction. Si sa formation initiale lui permet d'appréhender le fonctionnement psychique d'un individu, il veille toutefois à l'actualisation permanente des connaissances et à discerner son implication personnelle par toute méthode librement choisie (supervision, formation, recherche...).

En Prévention Spécialisée, le psychologue intègre une équipe éducative et intervient auprès des publics accompagnés sur un territoire donné (Quartier Prioritaire de la Ville).

En ce sens, il est amené à rencontrer des adolescents en difficulté, parfois en voie de marginalisation, en tenant compte de certaines réalités sociales. Dans ce contexte, le psychologue peut être amené à rencontrer les familles des adolescents et à collaborer avec un ensemble de partenaires (établissements scolaires, structures de soin...) dans l'intérêt des jeunes accompagnés. En apportant un regard clinique sur les situations rencontrées et en proposant des pistes d'intervention spécifiques, il fournit un étayage aux équipes et participe à la dynamique associative.

²⁴ Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.

²⁵ Cette sous-partie est en grande partie tirée de la description des missions du poste de psychologue de rue effectuée par l'APSN (Association Prévention Spécialisée Nationale) lors du déploiement des premiers postes, structure qui réalise cette étude .

La difficulté principale concernant les missions des PsyREPS concerne les fiches de poste. Cette question est très sensible car elle touche au fonctionnement interne des associations qui élaborent des fiches adaptées aux réalités de leur territoire et en fonction de leurs besoins.

Une synthèse des différentes fiches permet d'observer des similitudes majeures qui se dégagent :

- Repérer la souffrance psychique auprès des jeunes suivis en Prévention Spécialisée
- Lutter contre la marginalisation en général et les symptômes « scolaires »
- Accueillir les jeunes et les familles, dans un espace de parole et d'écoute en vue d'entretiens
- Aller vers les publics en effectuant du travail de rue en binôme avec un éducateur.
- Etayer les pensées des équipes dans une démarche transdisciplinaire
- Maîtriser le maillage partenarial en vue d'une orientation qui puisse apporter des réponses adaptées et articulées

De manière beaucoup plus détaillée, ces missions peuvent être classées en deux catégories :

Celles vis-à-vis des publics d'une part comportent trois dimensions :

- **Aller Vers** : présence sociale, temps de terrain partagé avec les éducateurs, travail de rue, visites à domicile.
- **Accueillir et accompagner** : entretiens cliniques (individuel et/ou familiaux), groupe de parole, activités et médiations.
- **Évaluer et orienter** : évaluation clinique, bilans, orientation.

Les missions au sein de l'association d'autre part qui se déclinent aussi en trois spécificités :

- **Participation à la vie associative** : réunions d'équipe, réunions de synthèse.
- **Soutien aux équipes éducatives** : éclairage et analyse clinique en faveur de l'accompagnement socio-éducatif.
- **Contribution à la mise en place de partenariats** : cartographie et prise de contact avec les diverses structures de soin du territoire susceptibles de répondre aux besoins des jeunes et des familles.

SYNTHÈSE DES MISSIONS DES PsyREPS			
Missions des PsyREPS vis-à-vis publics		Missions des PsyREPS au sein équipes PS	
Aller Vers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence sociale ▪ Temps de terrain partagé avec les éducateurs ▪ Travail de rue ▪ Visites à domicile 	Vie associative	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réunions d'équipe ▪ Réunions de synthèse
Accueillir et accompagner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretiens cliniques ▪ Groupe de parole ▪ Activités et médiation 	Soutien équipes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éclairage et analyse clinique en faveur de l'accompagnement socio-éducatif
Évaluer et orienter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation clinique ▪ Bilans ▪ Orientations 	Partenariat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repérage et cartographie structures ▪ Prise de contact et orientation

Tableau 3 : Synthèse des missions des PsyREPS

Sur les fiches de poste, une première remarque des PsyREPS semble souligner la nécessité de les harmoniser afin de dissiper le flou communicationnel qui entoure leurs missions. Il s'agit selon un psychologue, « *d'avoir une grille de compréhension et d'intervention un peu plus commune, ce qui nous permettrait en même temps d'être plus en adéquation avec les règles, et avec la direction, puisque l'on partirait d'un point commun, tous ensemble. Et ce ne serait pas selon l'humeur des collègues ou l'humeur de la direction ou selon notre propre humeur.* » (**Psychologue de rue 3**).

Il semblerait qu'au niveau de certaines directions cette idée ne fasse pas l'unanimité comme l'avance ce professionnel : « *Ma direction n'était pas forcément très favorable. Parce qu'elle veut, elle souhaite en tout cas que je priorise les missions qui sont sur ma fiche de poste.* » (**Psychologue de rue 5**).

D'autres structures sont ouvertes à cette harmonisation en avançant l'argument selon laquelle 4 points seraient identiques aux différentes fiches de poste et constitueraient un socle de l'harmonisation : « *Faire de l'Aller vers, créer de la proximité et du contact, être dans l'observation, déclencher un suivi et de l'orientation.* » (**Un Chef de service**).

Au-delà, les fiches de postes dans certains cas de figure restent floues et en construction : « *L'ancienne psychologue qui était en poste n'avait pas de fiche de poste. C'était en construction en fait. J'ai demandé qu'on la construise avant que je n'entre en fonction.* » (**Psychologue de rue 6**).

Parfois, la fiche de poste a été construite par le professionnel en lien avec sa hiérarchie : « *Je n'avais pas de fiche de poste à mon arrivée, on a dû la créer donc à l'époque avec mon chef de service, cela faisait partie du travail de mon mémoire d'étude.* » (**Psychologue de rue 7**).

II-1-3 Enjeux du secret professionnel

Du fait de leur vocation à travailler sur l'intimité des personnes, les psychologues constituent l'une des catégories socioprofessionnelles les plus concernées par les différents enjeux liés au secret professionnel. Ils affirment être intransigeants avec certaines règles en expliquant par exemple aux jeunes et ce dès le premier entretien, qu'ils seraient dans l'obligation de lever le secret professionnel lorsqu'il existe un risque de passage à l'acte, ou de mise en danger : « *J'ai introduit mon action en disant : "voilà, si tu me dis quelque chose de trop dangereux pour toi ou pour les autres, je serai obligé de lever le secret".* » **(Psychologue de rue 4)**.

La question du secret professionnel chez les psychologues est restée floue jusqu'au 12 janvier 2023²⁶ (BORGY, 2024 :23), date à laquelle le ministère de la santé et de la prévention répondant à une question écrite du sénateur Jean-Pierre Sueur précisa que :

« (...) Conformément à l'article L. 121-6 du code général de la fonction publique, les psychologues appartenant à la fonction publique, en tant qu'agents publics, sont tenus au secret professionnel dans le respect des articles 226-13 et 226-14 du code pénal. A l'instar des psychologues agents publics, les psychologues libéraux sont tenus au secret professionnel, au sens de l'article 226-13 du code pénal. Cette disposition s'applique par conséquent aux psychologues de manière générale, ainsi que l'estime la Cour de cassation (Crim., 5 janvier 2011, n° 10-84.136). Bien que les psychologues libéraux ne soient pas soumis au secret professionnel par état, dès lors qu'aucun élément légal ne le prévoit, ils peuvent néanmoins l'être « par profession », ou en raison d'une « fonction ou mission temporaire ». Ce dernier cas intervient de manière ponctuelle et quand la loi le prévoit. Il s'agira en effet notamment d'activités dans le cadre d'une commission ou d'une instance. En conséquence, en dehors des cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret et des cas énumérés à l'article 226-14 du code pénal, l'obligation de respecter le secret professionnel, au sens de l'article 226-13 du code pénal, s'applique aux psychologues, non en raison de leur titre, mais par profession, ou en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire. » (Publiée dans le JO Sénat du 12/01/2023 - page 209)²⁷.

Le propos est clair, et stipule que tous les psychologues sont soumis au secret professionnel par profession, alors qu'aucun texte juridique ne l'affirme clairement. L'avis de la Cour de cassation du 5 janvier 2011 sur laquelle s'est appuyée le ministère dans sa réponse au sénateur n'a par ailleurs pas été publié au bulletin.

²⁶ Borgy, Jacques. « Les psychologues et le secret professionnel qu'en est-il en 2024 ? ». Psychologues et Psychologies, 2024/4 N° 292, 2024. p.023-028.

²⁷ Secret professionnel des psychologues / Question écrite n°01818 - 16^e législature / Publiée dans le JO Sénat du 12/01/2023 - page 209 / <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220701818.html>

Partant de cet argument, L'Association pour la Création d'un Ordre des Psychologues (ACOPsy) estime à juste titre que le flou juridique persiste et que la seule solution serait justement la création d'un ordre des psychologues qui aurait une assise juridique plus solide que celui de leur code de déontologie ²⁸ .

Par prudence, si l'on se réfère uniquement aux textes de lois, nous pouvons affirmer que les PsyREPS en tant que non-agents de la fonction publique ne sont pas soumis au secret professionnel par profession, mais par mission ou fonction temporaires, et ceci quasi similairement aux éducateurs spécialisés qui sont eux aussi astreints au secret professionnel par mission dans le cadre de l'article L 221-6²⁹ du code de l'action sociale et de la famille (CASF).

Cet article stipule que « toute personne participant aux missions du service de l'aide sociale à l'enfance est tenue au secret professionnel sous les peines et dans les conditions prévues par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal »³⁰. Ces articles 226-13³¹ et 226-14³² en question encadrant juridiquement le secret professionnel.

Concrètement, l'article 226-13 du code pénal interdit et sanctionne la « révélation d'une information à caractère secret » par un professionnel ; l'article 226-14 du code pénal délimite les contours du 226-13 à travers 6 exceptions et dérogations prévues par la loi (Alinéas 1,2,2 bis, 3, 4, 5).

Le cas des PsyREPS dans le cadre de l'article 226-14 dépend largement de leur catégorisation professionnelle (« *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable : 1° A celui qui informe les autorités judiciaires (...) 2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé (...) 2° bis Au médecin ou à tout autre professionnel de santé (...) 3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé (...) 4° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale (...) 5° Au vétérinaire* »³³).

²⁸ <https://acopsy.fr/secret-professionnel-des-psychologues/>

²⁹ « Toute personne participant aux missions du service de l'aide sociale à l'enfance est tenue au secret professionnel sous les peines et dans les conditions prévues par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal. Elle est tenue de transmettre sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui toute information nécessaire pour déterminer les mesures dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier, et notamment toute information sur les situations de mineurs susceptibles de relever du chapitre VI du présent titre. L'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable aux personnes qui transmettent des informations dans les conditions prévues par l'alinéa précédent ou dans les conditions prévues par l'article L. 221-3 du présent code. » (**Article L221-6 du code de l'action sociale et des familles**)

³⁰ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027573021/

³¹ « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417945

³² L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

³³ Article 226-14 du code pénal

Or il s'avère que les psychologues ne sont pas considérés comme étant des professionnels de santé, ce qui implique qu'ils ne sont concernés que par les alinéas 1 et 4 de l'article 226-14 du code pénal.

Néanmoins, si l'on se réfère au rapport Laforcade (évoqué dans l'introduction) interprétant l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), la politique de la santé mentale (Dans son acception extensive, c'est-à-dire au-delà des individus diagnostiqués de pathologies psychiques) est considérée comme étant « une branche de la santé publique », dont dépend la psychiatrie.

Cette disposition réinterroge sérieusement le statut professionnel des PsyREPS : considérant que ces derniers sont des professionnels de la santé mentale et non de la santé tout court ; et partant du principe que la santé mentale est une composante de la santé publique ; alors il est évident que l'on pourrait très sérieusement envisager de considérer les PsyREPS comme étant des professionnels de santé, et qui à ce titre seraient concernés par l'ensemble des alinéas de l'article 226-14 du code pénal à l'exception de l'alinéa 5 qui concerne les vétérinaires.

Ce syllogisme pourrait même être juridique dans la mesure où :

- Il existe une prémisse majeure qui est que la santé mentale est « une branche de la santé publique » ...
- Une prémisse mineure qui considère les PsyREPS comme étant des professionnels de la santé mentale et de fait de la santé publique...
- Une conclusion interprétative qui aurait beaucoup de sens, à savoir que les PsyREPS peuvent être soumis au secret professionnel au même titre que les professionnels de la santé ; et que par conséquent, ils seraient concernés par 5 dispositions de l'article 226-14 du code pénal (Alinéas 1,2,2 bis, 3, 4) au lieu de 2 dispositions (Alinéas 1 et 4).

Cette assertion, posée au conditionnel par souci de prudence due au fait que nous ne soyons pas juristes, relève cependant d'une haute importance dans la mesure où il met le curseur sur un point de vigilance : si les psychologues en général peuvent être considérés comme étant des professionnels de santé, les PsyREPS verraient alors s'élargir leurs attributs en termes de levée du secret professionnel et de signalement. Il est impératif pour eux de se prémunir d'éventuels problèmes d'ordre juridique dans l'exercice de leurs missions.

La question du secret professionnel des PsyREPS est plus complexe qu'il n'y paraît. Cette complexité est renforcée par l'entrecroisement des différentes interprétations des articles dédiés dans le code pénal (226-13 et 226-14), le code de l'action sociale et des familles (L 226-3), le code de la santé publique (Articles L1110-4 et Article L3221-1), et la LMSS (Article 69).

Elle est inhérente à l'émergence d'une nouvelle fonction se situant aux intersections de la santé publique en général, de la santé mentale en particulier, de l'action socio-éducative, et du droit des personnes en général.

Dans la pratique, les notions de secret professionnel et par-delà d'échange et de partage d'informations restent entourées d'un flou qui introduit plusieurs confusions chez les travailleurs sociaux.

Laurent Puech et Christophe Daadouch dans l'introduction de leur ouvrage paru en 2024³⁴ en énumèrent trois de cet ordre :

- Une première confusion entre le partage d'informations et le secret professionnel : le partage d'informations étant facultatif et étant mobilisé dans le cadre de l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des publics ; la levée ou non du secret professionnel étant parfois obligatoire et d'autres fois facultative tant que la visée centrale demeure le souci de protéger l'individu ou celui de préservation de l'ordre public.
- Une seconde confusion très intéressante relève de la notion oxymorique³⁵ de « secret partagé » : les deux auteurs dénoncent l'usage généralisée et banalisée d'une expression captieuse, depuis 2007. Or, selon eux, « dans l'essentiel des cas, le secret couvre les informations que l'utilisateur a transmises au professionnel, qu'il ait mis sur elles ou pas le sceau du secret mais aussi les informations produites par le professionnel (diagnostic, évaluation...) sans être le simple produit des informations données par l'utilisateur. » (Daadouch, Puech, 2024 : 13).
- Une troisième et dernière confusion entre les notions de partage et d'échange d'information. Si pour les auteurs elles sont interchangeables en général, il n'en demeure pas moins qu'elles diffèrent légèrement dans la mesure où le partage aurait « un effet dépossédant plus large que l'échange qui se fait de gré à gré, à un moment donné » (Daadouch, Puech, 2024 : 13).

Les PsyREPS à l'instar des autres professionnels de la Prévention Spécialisée sont directement concernés par ces trois confusions. Les espaces du secret professionnel, du partage et d'échange d'informations ressemblent à un capharnaüm qui ouvre la voie à plusieurs interprétations en

³⁴ Daadouch, Christophe. et Puech, Laurent. Le partage d'informations sociales : Entre droit et éthique. Rennes, Presses de l'EHESP. « Politiques et interventions sociales », (2024)

³⁵ Les auteurs soulignent remarquablement l'idée que la notion de « secret partagé » en elle-même est un oxymore dont ils déplorent l'usage : « Cet oxymore, sorti d'on ne sait où mais largement diffusé depuis 2007 et la loi réformant la protection de l'enfance ou encore celle dite de prévention de la délinquance, s'est imposé dans le langage commun du secteur social et plus largement encore. Si nous clarifierons en quoi il est une absurdité, nous savons ce qu'une expression trompeuse peut engendrer comme confusions et préjugés » Ibid. page 11.

l'absence d'un cadre juridique clair pour les psychologues de rue : « *il n'y a aucun document officiel, du coup c'est souvent interprétatif* » **(Psychologue de rue 9)**.

L'analyse de ces confusions et interprétations, peut donc être pertinente à ce stade si l'on se concentre plus sur les dimensions actantielles qui rendent compte des perceptions et représentations du secret professionnel. En effet, il semblerait que dans le cadre des interactions professionnelles, il y ait des différences de perception du secret professionnel beaucoup plus marquantes entre les PsyREPS et les éducateurs spécialisés : « *je suis quelqu'un qui tient beaucoup à son secret professionnel et j'ai une forte tendance à fermer les portes et ça déplaisait un peu au début, mais maintenant les collègues ont pris l'habitude. On échange des informations en partant mutuellement de ce qu'ils savent et vice versa, mais uniquement dans l'intérêt du jeune* » **(Psychologue de rue 4)**.

À travers ce témoignage, on décèle (du point de vue du PsyREPS 4 bien sûr), l'expression d'un vrai hiatus entre une culture du secret professionnel qui serait ancrée profondément chez les psychologues, et des représentations qui, elles, paraîtraient plus instables chez les éducateurs. À titre d'exemple, il semblerait que dans certaines situations, des informations soient partagées par les éducateurs avec des partenaires extérieurs sans que les psychologues eux-mêmes en soient informés : « *En tant que psychologues, on est plus souvent exposés face au secret professionnel. On est censé théoriquement être confrontés à des informations qui relèvent de l'intimité des personnes. Mais les éduc' aussi. En fait, on se rend compte que parfois, ils peuvent même dire des choses à des élus qu'ils ne nous ont pas dites à nous.* » **(Psychologue de rue 1)**.

Ces confusions, ajoutées aux flous juridiques précités, peuvent bien évidemment hanter les professionnels de la Prévention Spécialisée qui dressent des filets de sécurité.

En effet, afin de se prémunir d'éventuelles erreurs d'interprétation préjudiciables, certains PsyREPS se réfèrent uniquement au code de l'action sociale et des familles ainsi qu'aux valeurs associatives auxquelles leur appartenance au champ de la Prévention Spécialisée les astreint. Un chef de service d'une association dans le Département du Nord explique :

« *La question que pose le secret professionnel des psys de rue est de savoir auprès de qui ? avec quelles missions ? Nos psys sont dans le respect de l'association et de ses valeurs éthiques, du service qui s'inscrit dans le code de l'action sociale et de ses valeurs associatives, il s'agit de mettre le jeune toujours au cœur de l'accompagnement. Malgré la méconnaissance de certaines lois, il faut se limiter à codécider avec le jeune de ce que l'on va diffuser dès l'instant où il n'y a pas de danger. Pas besoin forcément dans les échanges avec les éduc's de savoir ce qui est dit avec le jeune, même si l'éduc va transformer les informations reçues au service de l'accompagnement, donc ne traite que des informations utiles à l'accompagnement. Dans tous les cas, on se réfère au droit de la vie privée inscrit dans la législation européenne et dans le code de l'action sociale. Nous avons par exemple des cas de refus des parents qu'un jeune soit accompagné alors qu'il est en demande. Mais même dans ces situations de tension, notre service n'a pas accès aux notes de la psy, on ne partage que des données quantitatives sur les jeunes* » **(Un chef de service)**.

La question de la formation au secret professionnel devrait selon ce psychologue, être reposée de façon claire et pratique : « *On devrait être formés au secret professionnel pour pouvoir être tous sur la même longueur d'onde.* » **(Psychologue de rue 1).**

Ce PsyREPS lui, va plus loin en demandant que la législation soit similaire à celle en vigueur dans les institutions sanitaires : « *Il faudrait formaliser la notion de secret professionnel pour que ce soit presque similaire à ce qu'il se passe en institution car du coup les médecins ont le même niveau d'information, les infirmières ont juste les informations nécessaires par rapport à leurs missions par exemple. Il faudrait des acceptations en fonction de l'accord du jeune accompagné si jamais c'est nécessaire que l'éduc connaisse de manière plus holistique sa situation. Après au niveau des partenaires pour le coup ça s'est vraiment autre chose car parfois ils veulent avoir accès à certaines informations confidentielles : exemple de la Mission Locale qui demande l'identité d'un jeune alors que je souhaitais être juste en contact avec leur psy sur la situation de ce jeune en question ; on peut parler d'une situation sans nommer le jeune, le but étant juste de parvenir à débloquer sa situation en termes d'accès aux dispositifs d'aide* » **(Psychologue de rue 8).**

Ces différentes stratégies, si elles protègent concrètement les PsyREPS, sont loin de régler définitivement le problème. Il semblerait qu'il y ait une nécessité d'approfondir les enjeux autour de la compréhensibilité des notions de secret professionnel, partage et échange d'informations.

II-2 Une double insécurisation liée à la non-pérennisation des postes : pour les professionnels et pour les publics

II-2-1 Effets néfastes de la précarisation des PsyREPS

Les professionnels sont majoritairement en CDD dans le cadre de leurs missions et parfois aussi en temps partiel. Ils démarrent leurs actions en étant dans une incertitude permanente voire des inquiétudes concernant le renouvellement de leurs contrats qui dépend de la reconduction des financements. Cette précarité constitue la première chose qui les préoccupe lorsque la question fut évoquée lors du premier *focus groupe* de l'action recherche qui regroupa pour rappel 8 professionnels³⁶. Leurs inquiétudes se situent à deux niveaux : une dimension au niveau de la vie personnelle et une seconde ergonomique.

Effets de la précarisation sur la vie personnelle

Il est évident que l'insécurité de l'emploi entraîne l'impossibilité pour les professionnels de se projeter sur le plan personnel, en disposant tout simplement des ressources nécessaires qui puissent leur permettre de pouvoir accéder dignement au logement, à la construction d'une vie familiale et au bien-être en général.

³⁶ Pour rappel une seconde fois afin d'éviter la confusion, une psychologue qui a participé à ce focus group n'a pas continué dans la démarche qui a été effectuée finalement avec 7 professionnels

Il n'a jamais été question dans cette action-recherche d'introduire des visées corporatistes. Et d'ailleurs, il est important de préciser que les conséquences de la non-pérennisation des emplois des PsyREPS sur leur vie personnelle sont évoquées par eux uniquement en second lieu et toujours en lien avec les manières dont cela impacte leurs conditions de travail et surtout la vie des jeunes : « *Ce sont surtout les conséquences sur les jeunes. Oui, pour nous aussi. Pour se projeter aussi bien dans une vie professionnelle que personnelle.* » (**Psychologue de rue 2**).

Cette pudeur constatée tout au long de cette étude est liée, à notre sens, au fait qu'un sentiment de gêne ou de honte peut surgir lorsque des Bac + 5 ayant un niveau de cadre se retrouvent dans cette situation. Une situation qui est similaire à celle que vivent la majorité des contractuels de l'enseignement supérieur qui après un doctorat se retrouvent dans une précarité quitte à devoir trouver des CDI hors de leurs champs de compétences afin d'avoir le droit d'enseigner à l'université pour des salaires qui sont versés après tâche et parfois 6 mois après.

Une des membres du collectif *Des précaires de l'université du Mirail à Toulouse* parlait en 2016 de ce sentiment de honte et de gêne qui contribuait à la non-résolution du problème dans la mesure où selon elle, cela produirait un effet de silence et une non-action collective des concernés et de l'employeur de ce fait. Le danger pour les PsyREPS s'apparente au sentiment de « non-reconnaissance » évoqué par Maryse Bresson dans son étude de la précarité des fonctionnaires non-titulaires de la fonction publique.

Selon elle « le sentiment de non-reconnaissance » renvoie d'abord « au fait même de ne pas obtenir l'emploi auquel on aspire et que l'on pense avoir mérité » ; une de ses enquêtées chercheuse et titulaire d'un doctorat avance : « *On n'est pas payés à hauteur de notre diplôme et en plus, on n'est même pas sûrs d'avoir un emploi.* » ³⁷ (BRESSION, 2016 :73).

Reprenant le schéma de Serge Paugam sur la fragilisation des liens sociaux, nous pouvons affirmer que l'absence de protection à travers un emploi stable et pérenne chez les PsyREPS peut produire un manque de « reconnaissance par le travail et l'estime de soi qui en découle » et fragiliser le « lien de participation organique » (Paugam,2014) ³⁸ ô combien crucial pour l'accomplissement de l'individu. Ce danger semble concerner toute la profession alors même que la question de la santé mentale dans la société post-Covid prend de plus en plus d'ampleur et que les pouvoirs publics l'érigent en « grande cause nationale » en 2025.

³⁷ Bresson, Maryse. « Le travailleur non titulaire dans la fonction publique : une figure emblématique des marges de l'emploi ». *Revue Française de Socio-Économie*, 2016/2 n° 17, 2016. p.65-83.

³⁸ Paugam, L'intégration inégale : force, fragilité et rupture des liens sociaux (sous la dir.), Paris, PUF, coll. « Le lien social », 2014

D'ailleurs des manifestations syndicales ont été organisées dans une vingtaine de villes le 10 juin 2021 afin de dénoncer ce paradoxe entre l'explosion de la demande en santé mentale et la précarisation des psychologues. Une des psychologues syndicalistes dénonça le fait qu'après un bac +5, le salaire d'entrée dans la profession n'était que de 1827 euros bruts et que la grille indiciaire n'avait pas évolué depuis 3 décennies³⁹.

Mais là aussi, l'argument majeur évoqué dans les cortèges de manifestants demeurait ergonomique : la gestion de l'urgence et la hiérarchisation des souffrances liés au manque de moyens et à la précarité des professionnels sont perçus comme étant extrêmement néfastes pour un public en demande de plus en plus pressante et forte.

Dimension ergonomique de la précarisation : risques de dysfonctionnement interne

La question de la pérennisation comme évoqué plus haut, demeure donc de loin celle qui ressort en premier lieu lorsque l'on énonce les enjeux liés à la fonction de psychologue de rue. Cette pérennisation permettrait « *d'avoir une vision plus large et plus éloignée pour stabiliser l'équipe et les accompagnants, et surtout de pouvoir effectuer des accompagnements plus longs et plus profonds parce que l'on aurait le temps pour faire du suivi et aussi pour consolider les liens avec les différents partenaires* » (**Psychologue de rue 4**).

Concrètement, ce témoignage démontre que l'insécurisation des emplois empêche les professionnels de réaliser trois choses indispensables à l'exercice de leur métier :

- **Les possibilités et les capacités de pouvoir se projeter solidement dans le long terme afin de stabiliser aussi bien les équipes en interne que les publics accompagnés.**
- **Accompagner les publics selon les modalités et méthodes propres à la discipline psychologique qui nécessitent une temporalité adaptée ainsi qu'une analyse profonde des situations.**
- **Asseoir une collaboration stable et sûre avec les différents partenaires.**

Or, les nombreuses incertitudes liées à la stabilisation de leurs emplois constituent très clairement des facteurs qui entravent quotidiennement l'exercice des missions des PsyREPS. Concrètement, il suffit qu'un contrat de travail arrive à échéance pour que toute la dynamique enclenchée soit remise en question.

II-2-2 Conséquence de la non-pérennisation des postes sur les jeunes : risques d'effets pervers

³⁹ <https://www.force-ouvriere.fr/les-psychologues-denoncent-la-precarisation-de-leur-metier>

Au-delà des aspects d'ordre organisationnel, les conséquences seraient pour les psychologues encore beaucoup plus désastreuses pour les jeunes : « *On prend des jeunes en charge, la durée n'est pas claire ni pour nous ni pour les jeunes ni pour les équipes, se pose la question de savoir quel travail à mener avec ces jeunes sachant que l'on n'a pas de visibilité au niveau du contrat et de la pérennisation du poste. Or, une psychothérapie ne s'arrête pas en plein milieu. Un accompagnement : c'est suivre des enfants qui sont parfois abîmés dans leur lien d'attachement, et tout ça est à prendre en considération et en fait, les conditions d'exercice ne permettent pas de réfléchir convenablement à ces questions.* » **(Psychologue de rue 1).**

À travers ce témoignage, nous pouvons remarquer, qu'au-delà des dysfonctionnements internes que cela produit, un effet pervers se manifeste quant à l'accompagnement des jeunes. Le risque est potentiellement d'ajouter de la souffrance psychique à un public déjà fragile et qui développe des traumatismes liés aux notions d'attachement et d'abandon. Il est impératif de prendre cet élément en compte tant le risque est important de voir la fragilisation du métier de psychologue de rue venir aggraver des vulnérabilités juvéniles censées être traitées par ce même corps de métier.

Le départ d'une psychologue de rue au bout d'un an de CDD par exemple après qu'elle ait pu tisser des liens de confiance avec un jeune et qu'une relation thérapeutique commençait à générer des résultats encourageants pour le jeune, risque non seulement de constituer une menace pour la stabilité mentale du jeune, mais peut aussi définitivement le désenchanter d'une psychologie avec laquelle il venait, justement par l'entremise de la psychologue de rue, tout nouvellement de croire et d'accepter qu'elle le prenne en main.

La perte de confiance dans la psychologie pourrait s'avérer irréparable. Afin de se préserver des risques que leurs blessures soient ravivées lors de leurs suivis psychologiques, les jeunes développent aussi certaines stratégies.

Le psychologue Christis Demetriades en fournit une parfaite illustration à travers l'exemple de jeunes filles suivies par des psychologues en Mission Locale et qui renoncent à venir à leur dernier rendez-vous : « J'avais alors constaté que certains jeunes, en particulier des jeunes filles qui avaient vécu des événements traumatiques à l'enfance (abandon, viol, violences, inceste) ne venaient pas à leur dernier rendez-vous, choisissant ainsi une rupture anticipée pour se protéger d'une réactivation du vécu d'abandon. J'ai donc dû renégocier le cadre de mon travail avec l'institution, expliquant clairement pourquoi il est important de ne pas laisser ces jeunes penser que nous les laissons tomber, alors que le travail d'un psychologue en mission locale avec les jeunes doit participer à la restauration d'une continuité narcissique. » (DEMETRIADES, 2002 : 147).

La crainte de la « réactivation du sentiment d'abandon » évoquée par le psychologue est partagée chez les PsyREPS. Ceci d'autant plus que le schéma de l'abandon s'il est présent chez les jeunes suivis en Mission Locale, l'est de manière significative chez ceux suivis en Prévention Spécialisée qui peuvent agréger plus de vulnérabilités.

L'analogie effectuée entre des travaux qui datent d'une vingtaine d'années réalisés en contexte de Mission Locale, et le cadre de cette action-recherche pourrait être remise en question. Cependant le témoignage d'un de nos jeunes enquêtés ayant connu des suivis psychologiques en Mission Locale valide la comparaison : « *J'avais déjà vu deux à trois fois un psychologue en Mission Locale et qui ne m'a plus suivi, je me suis senti mal (...)* Je sais qu'elles (La PsyREPS et l'éducatrice) *ne vont pas me quitter du jour au lendemain et ça me rassure un peu, et je sais que s'il m'arrive quelque chose elles seront là pour moi.* » **(Jeune homme, 21 ans).**

Si le jeune compte sur les deux professionnelles afin qu'elles ne l'abandonnent pas, c'est aussi parce que la psychologue de rue, à l'instar de Christis Demetriades, a pris d'importantes précautions afin de le rassurer. En effet, les professionnels, loin de subir ce risque de réactivation de blessures chez les jeunes suivis, le déconstruisent dès les premières rencontres en anticipant avec le jeune. Il s'agit ici de prévenir un possible départ afin de préserver la continuité du suivi et de sauvegarder les acquis, voire de les consolider.

Cette prévoyance est simplifiée par le fait que cela se pratique déjà en Prévention Spécialisée où il y a beaucoup de *turnover* dans les équipes. Un directeur d'association expliquait qu'au sein des équipes, afin de protéger, les jeunes suivis il y avait des anticipations en moyenne sur 6 mois de transition afin d'assurer une continuité de suivi et d'éviter une rupture brusque néfaste pour les jeunes.

En dehors de ces craintes, une autre persiste : il s'agit du syndrome de la répétition chronique des confidences à plusieurs auditeurs différents. Il est évoqué par une jeune femme qui en fut victime et qui le qualifie de délicat : « *Ça me dérangerait beaucoup de recommencer avec un autre psy car j'ai déjà beaucoup raconté ma vie, il fut un moment où je répétais toujours les mêmes choses à plusieurs personnes et c'est délicat* » **(Jeune femme, 20 ans).**

II-3 Sociologie de la fonction de psychologue de rue en Prévention Spécialisée

II-3-1 Une fonction reconnue mais méconnue

Si l'on peut parler de profession de psychologue, il est beaucoup plus adapté et prudent de parler de fonction de psychologue de rue en Prévention Spécialisée. Néanmoins, poser le questionnement de l'émergence d'une profession de psychologue de rue à part entière pourrait paraître logique.

Cette interrogation s'inscrirait dans le cadre de la tradition de la sociologie des professions en France qui s'intéresse aux conditionnalités de la gestation des groupes professionnels ainsi qu'aux processus de légitimation qui les sous-tendent.

Dans l'introduction de la quatrième édition de l'ouvrage *Sociologie des professions*⁴⁰, Claude Dubar et ses co-auteurs désignent quatre sens au concept de profession : déclarative et vocationnelle du point de vue du travailleur lui-même qui définit son activité en la déclarant publiquement ; relative à l'emploi dans la mesure où le travail est rémunéré et permet à l'individu d'en vivre ; renvoie à une « métierisation » en ce sens que l'activité est inscrite dans un collectif regroupant les différents travailleurs composant un corps de métier ; enfin un quatrième sens qui renvoie à la légitimité de la tâche effectuée en termes de « reconnaissance » aussi bien de la fonction que des « compétences » (DUBAR, TRIPIER, BOUSSARD, 2015 : 13).

L'activité exercée par les PsyREPS dans le cadre de cette action-recherche remplit les 3 premiers sens. Concernant le sens 4 inhérent à la légitimité et à la reconnaissance, nous pouvons affirmer que la légitimité du travail des psychologues de rue en Prévention Spécialisée est largement reconnue par le milieu professionnel du champ de la Prévention Spécialisée. La reconnaissance en dehors du champ de la Prévention Spécialisée reste à concrétiser du fait de sa méconnaissance mais n'entame pas sa légitimité.

II-3-2 La « transprofessionnalité » du lien avec les autres professionnels socio-éducatifs

La prise en compte de la dimension socio-éducative en santé mentale semble de plus en plus constituer une des préoccupations majeures des politiques sanitaires. Fanny Augier rappelle que dans les années 2000, cinq lois ont introduit la dimension inclusive dans les politiques de santé :

- La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, à la participation et à la citoyenneté des personnes handicapées
- La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST)
- La loi de modernisation du système de santé du 28 janvier 2016 (AUGIER, 2023 : 112)⁴¹.

⁴⁰ Dubar, C., Tripier, P. et Boussard, V. (2015). Introduction générale. *Sociologie des professions* - 4e éd. (p. 7 -18). Armand Colin.

⁴¹ Auger, Fanny. « Place du travail éducatif dans le système public français de psychiatrie infanto-juvénile », *Empan*, vol. 130, no. 2, 2023, pp. 111-113.

Ces différentes lois font une part belle selon Fanny Augier à l'encouragement de la collaboration entre les secteurs sanitaires et socio-éducatifs car le constat qui domine jusqu'alors était que le champ de la santé mentale était trop cloisonné et autocentré sur une dimension médicale qui relèguerait celle socio-éducative à un second niveau.

Or, il s'avère crucial de s'appuyer sur la collaboration entre ces deux champs du soin et du socio-éducatif. Cette préoccupation, dans le cadre de la santé mentale, a été déjà interrogée en contexte d'hôpital psychiatrique.

C'est ainsi que le concept de « transprofessionnalité » élaboré par le Conseil Supérieur du Travail Social est repris par Fondeville et Sanz⁴² pour catégoriser les relations entre infirmiers et éducateurs exerçant en structure psychiatrique. Prenant l'exemple de l'établissement public de santé mentale Gérard Marchant à Toulouse, les deux auteurs y constatent que le projet de soin serait mis en avant : « aux dépens du projet éducatif » (FONDEVILLE, SANZ, 2016 : 103).

Analysant les relations professionnelles entre infirmiers et éducateurs de manière générale, qui exercent au sein d'une même structure, et à partir de l'étude de plusieurs sites, ils démontrent que la nature de la relation entre le soin et le social dépend largement des caractéristiques organisationnelles internes aux structures, en l'occurrence de l'équilibre numérique entre les deux effectifs (infirmiers et éducateurs), mais aussi du projet qui domine au sein de l'établissement.

C'est ainsi qu'ils reprennent le concept de « transprofessionnalité » qui caractériserait le mieux selon eux la nature de la relation entre infirmiers et éducateurs, car mettant en exergue une dimension complémentaire et de co-construction innovante. Ils le définissent comme suit :

« La “transprofessionnalité” signifie quelque chose de nouveau, tissé en commun : il s'agit de comprendre comment et jusqu'où peut agir l'autre. Il ne s'agit pas d'acquérir la compétence de l'autre en plus de la sienne. Elle reste la qualification ou le métier de l'autre ». « Ce n'est pas la pluriprofessionnalité qui justifie la juxtaposition des professionnalités [...] ce n'est pas non plus l'interprofessionnalité qui souligne les différences comparées et partiellement partagées » (CSTS, 2007, p. 95). Cette définition de la transprofessionnalité nous ramène, d'une part, aux fondamentaux du travail en équipe, mais également à une conception d'un travail en équipe où les professions ne s'absorbent pas, ne se juxtaposent pas mais sont spécifiques et complémentaires et se réalisent dans des espaces communs » (FONDEVILLE, SANZ, 2016 : 105).

⁴² Fondeville, F. et Santiago Sanz, H. (2016). L'articulation des pratiques éducatives et soignantes. *Empan*, n° 103(3), 100-106.

La collaboration « transprofessionnelle » implique un positionnement transdisciplinaire. En effet cette transdisciplinarité ne peut être effective qu'à condition que les acteurs transcendent leurs compétences, acquis théoriques et pratiques, tout en leur restant fidèles, parvenant par la même occasion à atteindre « une plus-value d'efficacité » (CHARTIER, 2012 :109)⁴³.

Transposé aux relations entre les éducateurs spécialisés et les PsyREPS qui exercent au sein d'une même équipe, le concept de « transprofessionnalité » reflète la nature complémentaire des deux corps.

Concrètement, les professionnels socio-éducatifs orientent des publics dont les situations relèvent du suivi psychique vers des structures de santé mentale, mais le contraire est moins envisageable dans les pratiques et beaucoup moins fréquent. Or, d'envisager que des psychologues et psychiatres orientent des jeunes vers des éducateurs spécialisés afin de consolider chez eux des formes de sociabilité et de rapport au groupe qui puissent les aider à réparer des blessures psychiques, semble logique.

Lorsque des professionnels en santé mentale orientent des jeunes vers une structure de Prévention Spécialisée, cela surprend même les acteurs du champ socio-éducatif qui sont habitués à être ceux qui orientent et non ceux vers qui on oriente les jeunes en souffrance psychique.

C'est le cas notamment du club Avance à Villeneuve d'Ascq qui s'est retrouvé démuni face à un flux d'orientations massives de jeunes, du aux effets du COVID, par les services médicaux. Le chef de Service de l'association, Abdel Ziani explique d'ailleurs que cela fut à l'origine du recrutement d'un psychologue de rue au sein de l'association :

« Notre objectif principal dans la prévention est de travailler en collaboration avec les services habituels. Cela signifie également orienter les individus. Cependant, nous avons rencontré des difficultés car, au lieu d'orienter les jeunes, nous nous sommes retrouvés avec des jeunes orientés par les services de santé, vers nous. Par exemple, la clinique des Quatre Cantons et la clinique de l'adolescent les prenaient en charge et les hospitalisaient. Certains enfants ne pouvaient plus rester chez eux à cause du Covid, puis retournaient à leur domicile par la suite.

*On nous demandait alors d'être vigilants vis-à-vis des enfants avec lesquels nous étions en contact. Il y avait donc des échanges constants, mais notre équipe n'était pas formée en tant que thérapeutes et ne possédait pas les compétences nécessaires à ce suivi. Nous avons d'autres compétences telles que la création de liens, la relation de confiance et l'aspect éducatif. Cependant, lors de nos échanges avec Siham, la chargée de projet et Naïla, la directrice, nous avons réalisé ce manque dans notre chaîne d'intervention. »*⁴⁴.

⁴³ Chartier, Jean-Pierre. « De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité ». Cliniques, 2012/1 N° 3, 2012. p.96-114.

⁴⁴ Fiche de capitalisation Projet « INTERFACE » Psychologue de rue en Prévention Spécialisée, Capitalisation accompagnée par Evelyne Jean-Gilles, dans le cadre d'un projet porté par la SFSP et Fondation de France / Janvier 2024 Club de prévention spécialisée AVANCE – Villeneuve-d'Ascq. Page 5

La collaboration entre les deux corps de métier permettrait de combler ce vide. Les psychologues et les éducateurs parviennent à tisser des liens « transprofessionnels » en acceptant par exemple d'échanger des informations lorsqu'elles alimentent l'intervention de leur collègue, et plus, en se laissant les possibilités d'orienter le jeune vers l'un ou l'autre dès lors qu'ils repèrent une nouvelle problématique chez lui qui relève soit de la psychologie ou du socio-éducatif.

Cela permettrait de ne pas donner l'impression que les psychologues arrivent en « bout de chaîne » de la prise en compte du jeune et non comme étant partie prenante tout au long du suivi.

Cette forme de relation qui permet que les PsyREPS orientent en interne les jeunes vers leurs collègues éducateurs dès lors qu'ils repèrent un problème d'ordre éducatif et non psychologique peut aussi pallier que cela ne soit pas d'usage courant entre les structures.

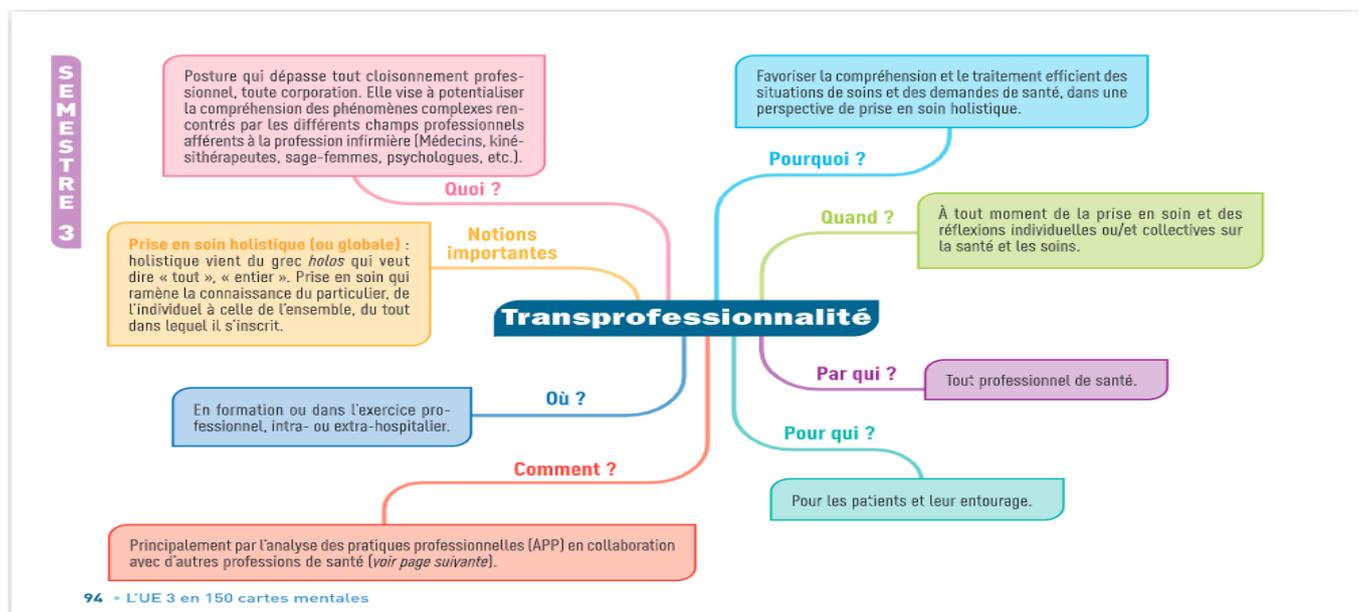


Figure 2 : Exemple de Transprofessionnalité en contexte hospitalier⁴⁵

La conditionnalité de la séparation des compétences dans le cadre d'une relation « transprofessionnelle » pourrait sembler ne pas s'appliquer aux relations entre PsyREPS et éducateurs spécialisés. En effet, en effectuant du travail de rue, les PsyREPS peuvent donner l'impression d'acquérir les compétences des éducateurs en plus des leurs. Or il s'agit d'un travail en binôme où l'éducateur reste en première ligne. Il s'agit pour le psychologue certes de s'imprégner d'une compétence nouvelle, mais le fait qu'il soit en seconde ligne garantit les

⁴⁵ Lescure, S., Soyer, L. et Tanda, N. (2022). Transprofessionnalité. L'UE 3 en 150 cartes mentales - UE 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 et 3.5 "Sciences et techniques infirmières – Fondements et méthodes" IFSI - Semestres 1, 2, 3, 4, 5 et 6. (p. 94 -94).

principes de séparation des compétences et de non-substitution d'une compétence par une autre.

Le concept s'applique donc au contexte de l'intégration des PsyREPS dans les équipes socio-éducatives de Prévention Spécialisée.

Les PsyREPS partagent d'ailleurs entièrement l'idée d'une « transprofessionnalité » dans le cadre de leurs relations de travail avec les éducateurs. Dans cette nouvelle relation, ils tiennent à garder une identité de psychologue et ne comptent pas épouser les contours de la professionnalité des éducateurs : « *J'ai une posture psy et non d'éducateur et c'est très important que je garde mon identité de psy. C'est important aussi de le clarifier au jeune. Il s'agit pour moi aussi d'être au clair dans ma façon de faire et d'être avec les jeunes : comment rigoler avec eux par exemple ? Quelle est l'image que je peux leur renvoyer ? Comment dois-je gérer les situations de conflit ? Il est important que j'adopte une posture psy et non d'éduc' face à ces questionnements dans la mesure où en tant que PsyREPS, on débarque dans un environnement qui est déjà maîtrisé par les collègues éduc', d'autant plus que nous, on a un poste innovant.* » **(Psychologue de rue 8).**

Dans la mesure où il existe une coexistence et un partage d'un même environnement de travail, les PsyREPS prennent conscience du risque de s'acculturer aux pratiques des éducateurs de rue. Cela se manifesterait selon eux par deux choses : l'antériorité des éducateurs au sein de l'environnement de travail ; leur supériorité numérique.

Certains PsyREPS avancent par exemple l'idée d'une tendance au conformisme qu'ils développeraient lors de leur arrivée au sein des équipes. Il s'agit selon eux de certains mimétismes résultant d'une observation des manières de travailler des éducateurs. Cette attitude peut mener à des « réflexes éducatifs » selon eux, qui consistent à vouloir effectuer des tâches socio-éducatives d'accompagnement, parfois déconnectées du mal-être psychique :

« Au début, j'ai développé des réflexes éducatifs et les éduc's me freinaient parfois en me disant : "mais non ce n'est pas de ton ressort ça par exemple", je me rendais compte que ce n'était pas mon rôle. C'était un peu plus compliqué au début mais maintenant c'est plus clair, je me suis familiarisé et je crois que les éduc's aussi. De la même manière, sur la protection de l'enfance en général. J'ai dû me familiariser à la Prévention Spécialisée, et au cadre législatif du Code de l'Action Sociale et des Familles. » **(Psychologue de rue 8).**

Parfois, ce sont les psychologues qui recadrent leurs collègues éducateurs qui, du fait de l'arrivée de nouvelles compétences, adopteraient des attitudes professionnelles tendant à psychologiser des problématiques purement socio-éducatives. Là aussi, ces situations parviennent à être dépassées très rapidement dans la mesure où les deux catégories professionnelles arrivent à accepter de se « transculturer » et non de s'acculturer.

Malgré toutes ces précautions, les PsyREPS restent conscients du fait qu'il existe une dimension psychologique dans le socio-éducatif et vice-versa. En effet, il est évident par exemple qu'un processus de déscolarisation peut résulter d'un mal-être psychologique lié par exemple à des violences intrafamiliales, du harcèlement, des troubles comportementaux non-diagnostiqués et

traités etc. De la même manière qu'un élève étiqueté « perturbateur » et « absentéiste » peut développer des troubles psychiques liés à un manque de confiance en soi, en ses capacités, ainsi qu'à une rupture du lien, de confiance dans l'institution scolaire. Cela signifie selon les PsyREPS que leur action s'inscrit beaucoup dans le cadre d'une intervention psycho-socio-éducative.

PROFESSIONNALITÉ DES PSYCHOLOGUES DE RUE EN PRÉVENTION SPÉCIALISÉE ET DES ÉDUCATEURS SPÉCIALISÉS

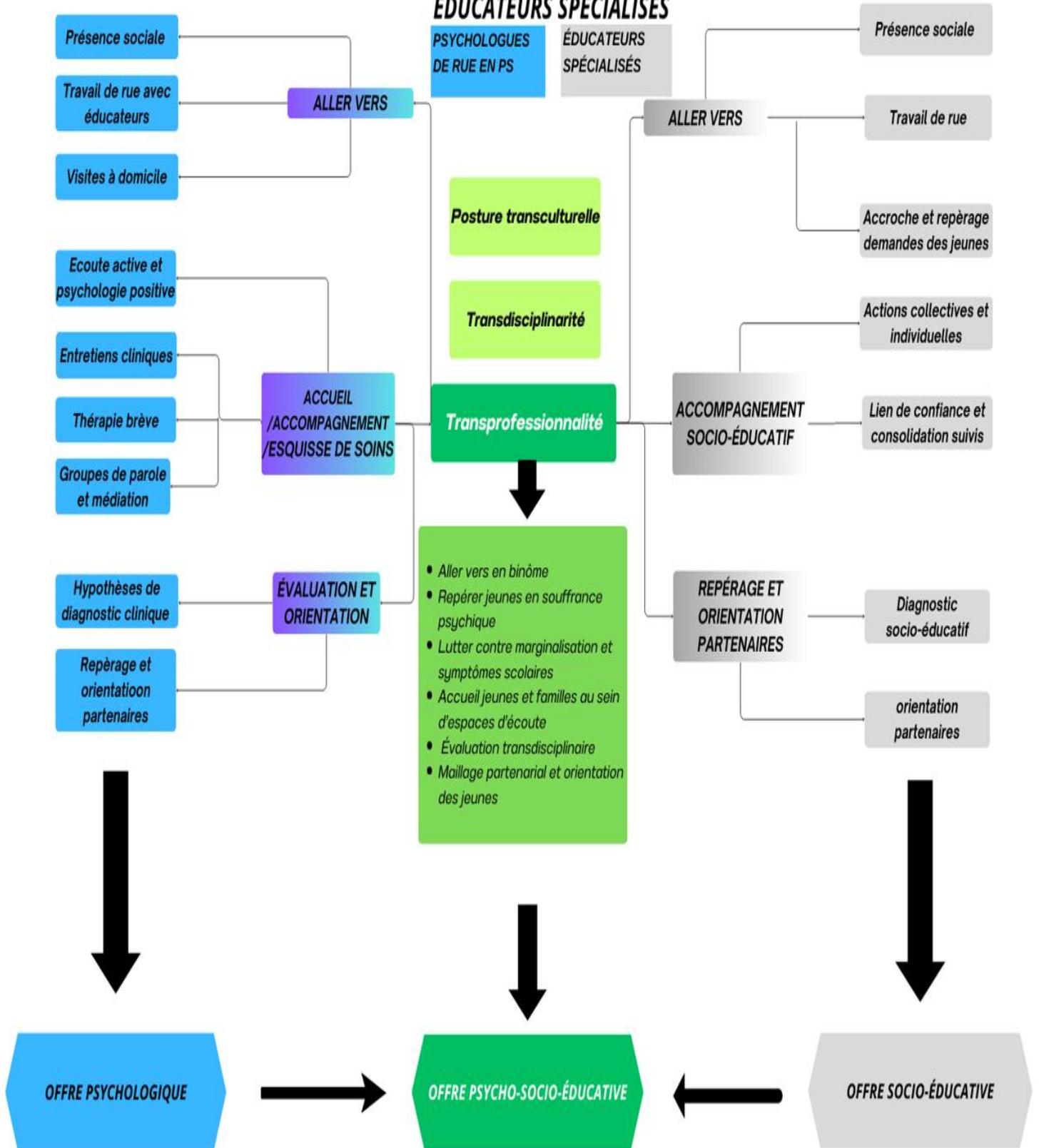


Figure 3 Professionnalité du lien PsyREPS / Éducateurs

II-4 Allier Psychologie et Prévention Spécialisée :

II-3-3 Alliance psycho-éducative et triple relation thérapeutique : Éducateur - Jeune - Psychologue de rue

Les PsyREPS travaillent en binôme avec un éducateur spécialisé, ce qui configure une triple relation thérapeutique. Le terme « Alliance psycho-éducative » est préféré par ce psychologue qui le caractérise plutôt comme étant : « *Une alliance psycho-éducative qui consiste à effectuer des va-et-vient entre moi et l'éduc', des allers-retours entre ses projets et notre complémentarité* » **(Psychologue de rue 1)**.

Aurelie Lechardeur psychologue de rue ayant exercé dans une structure de Prévention Spécialisée au début des années 2010 explique que son rôle consistait lors du travail de rue à aider les jeunes à élaborer une demande afin de pouvoir leur faciliter l'accès aux soins face la non-demande (LECHARDEUR, 2013 : 24). Elle considère que son travail permet au jeune d'accepter l'idée même du soin en parvenant à « mener un travail psychique de liaison » qui puisse faciliter son orientation vers des structures spécialisées.

La différence entre son expérience et celle des PsyREPS étudiés dans le cadre de cette action-recherche réside dans le fait qu'elle considère que celle-ci était inscrite dans le cadre d'une mission d'intermédiation ; là où celles des PsyREPS étudiés comporte en plus de cette dimension, des hypothèses de diagnostic ainsi que des esquisses de soin.

La collaboration avec l'éducateur spécialisé peut se décliner sous la forme d'une cohabitation entre deux formes de communication avec le jeune.

Lors d'un entretien effectué avec un jeune, une éducatrice spécialisée et une psychologue de rue, il apparaît que selon l'éducatrice, la psychologue semble être plus dans une communication tempérée qu'elle : « *La différence entre elle et moi, est qu' elle reste toujours de manière tempérée et forte dans l'écoute, je le suis aussi, mais forcément il y a des moments où je le secoue un peu (Parlant du jeune) car il faut mettre un peu plus d'énergie, agir, et c'est mon rôle aussi en tant que professionnelle et accompagnante du jeune de parfois le secouer de manière gentil ... Est-ce que tu comprends quand je le fais aussi, quand je te secoue ? (Elle s'adresse directement au jeune)* » **(Éducatrice de rue 1)**. Le jeune acquiesce, et la psychologue de relativiser le propos de sa collègue en précisant : « *Je te secoue aussi à ma manière, et d'ailleurs je sais que tu es déjà sorti d'entretiens en colère en te disant "Mais qu'est-ce-que je fous là ?!"* » **(Psychologue de rue 7)**.

Le contexte de cet entretien est qu'il s'agit d'un jeune issu d'une famille monoparentale d'origine étrangère. Il habite avec son père qui fonctionnerait selon un modèle culturel parfois antagoniste à certains principes de la culture occidentale. Par exemple, le jeune explique qu'il n'a pas le droit de pleurer lorsqu'il se sent mal, ni de dessiner (alors que c'est sa passion et que cela lui fait beaucoup de bien), parce que ce serait mal perçu par son père auquel il obéit systématiquement et qui garde une vraie emprise sur lui.

Afin de remédier à cela, l'association de Prévention Spécialisée met ses locaux à sa disposition et lui offre le matériel nécessaire afin qu'il puisse s'adonner à sa passion.

Le jeune homme est constamment tiraillé entre les injonctions paternelles, son propre mal-être et l'aide psycho-éducative dont il bénéficie. Cette assistance qui lui est apportée par l'association de Prévention Spécialisée s'effectue par l'intermédiaire de la psychologue de rue et d'une des éducatrices spécialisées de la même structure.

L'encadré ci-dessus relate une séquence intéressante d'échanges qui illustre parfaitement cette triple relation :

Une alliance psycho-éducative entre action et réflexion

S'adressant au jeune, la psychologue lui dit : *« un jour tu as dit que tu abandonnais le suivi et que tu allais faire tout ce que ton père (Le jeune en question âgé de 21 ans cache à son père qu'il effectue un suivi psychologique du fait de la réticence de ce dernier liée à sa culture d'origine) te dit et là si j'étais dans une position éducative je me serai dit "oh sérieux ! vraiment ! mais non quoi !", en tant que psy j'ai essayé de te rassurer en te disant que oui je comprends ok du coup comment tu comptes faire ? Le travail psychologique c'est de se dire, je vais partir de ce que tu es là maintenant, on va essayer d'y réfléchir et je pars du principe que l'éducateur il fait pareil mais qu'à un moment il est plus concret et parce que tu as des démarches à faire, elle a des comptes à rendre et moi ce n'est pas pareil »* L'éducatrice enchaîne dans la foulée : *« On est complémentaires finalement, elle amène aussi cette part de réflexion, en amenant le jeune à être dans l'action par la réflexion alors que l'éducateur certes est dans la réflexion également mais dans l'unique but d'amener le jeune à l'action tout en gardant cette part de réflexion et d'écoute. Chacune a ses missions mais qui convergent vers l'autonomie complète du jeune. On a une différence de méthodes, d'expériences et de personnalités, mais parvenons à être liées et à beaucoup communiquer en vue de notre objectif commun »*. Et la psychologue de reprendre : *« et puis il y a quelquefois où je voulais faire un truc psy et tu me disais non ce n'est pas le moment car il y a eu ça et ça et l'inverse est vrai aussi (...) »*. Pour finir, l'éducatrice rappelle un autre intérêt de la triple relation : *« Parfois dans les échanges le jeune ne va pas nous livrer les mêmes informations séparément, c'est la raison pour laquelle c'est un maillage hyper intéressant de travailler de concert toutes les deux directement avec lui »*. Finalement c'est le jeune qui conclut en avançant : *« Les moments où je ne me sens pas bien, je vais directement appeler une des deux, on se parle déjà au téléphone et ça fait du bien. »*

Le concept de « transprofessionnalité » s'applique encore une fois le cadre de la collaboration entre le binôme psychologue de rue - éducatrice spécialisée : le suivi de ce jeune s'effectue dans un espace commun au sein duquel les compétences psychologiques et celles socio-éducatives se complètent à travers leurs particularités tout en ne se télescopant pas, ni en ne se contentant que de s'adjoindre.



COMPLÉMENTARITÉS DE L'ALLIANCE PSYCHO-ÉDUCATIVE

#1 | L'éducateur intervient sur la vie extérieure

Il va vers le jeune pour challenger les choix de vie l'ayant conduit à une impasse et propose des projets sur :

- le décrochage scolaire, ou de formation
- les ressources matériels, l'habitat
- les addictions
- les compétences personnelles
- des découvertes culturelles...



ALLER-VERS - ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL & COLLECTIF

#2 | Le psychologue agit sur la vie intérieure

Il va vers le jeune pour évaluer sa souffrance et susciter une demande de soin. Il aborde les questions de :

- représentations du monde
- croyances personnelles
- saboteurs intérieurs
- valeurs personnelles
- estime de soi et confiance en soi
- rapport à autrui...

Fig. 6. Complémentarités des approches - Réalisation : E. Jean-Gilles à partir de Canva

Figure 4 Alliance psycho-éducative⁴⁶

II-3-4 Déconstruire les représentations négatives des jeunes sur la psychologie

Les représentations que peuvent avoir les différents acteurs principalement les jeunes sur la psychologie ont une incidence sur les pratiques des professionnels. Elles sont majoritairement négatives et associées à la folie, l'enfermement voire l'inutilité : « *Les jeunes ont une certaine idée des psychologues qui n'est pas très positive, et nous on a déjà le travail à faire de déstigmatisation du psychologue, car beaucoup de jeunes refusent de voir un psy, ils disent que cela ne sert à rien. En revanche souvent ils avancent avoir un pote qui en a besoin et pas eux* » (**Psychologue de rue 5**).

La négation de l'importance d'un suivi psychologique pour soi s'accompagne donc parfois paradoxalement de la désignation d'un autrui, souvent un proche qui en aurait éventuellement besoin. Cette recommandation est difficile à interpréter si l'on ne prend pas en compte le cadre des interactions juvéniles, ainsi que des codes et manières de communiquer qui accordent une grande place aux moqueries, à la dérision et l'auto-dérision, et au « bluff ».

Cependant, il ne faudrait pas évacuer non plus la possibilité que des recommandations soient formulées parce que jugées utiles pour un proche qui traverse des difficultés d'ordre psychiques.

Les représentations négatives résultent aussi d'une forme de mythification du psychologue associé à l'image classique du canapé, écoutant religieusement un patient lui livrer sans filtre des parts de son intimité profonde : « *Il est nécessaire de travailler avec les jeunes sur la démythification du psychologue parce qu'y a toujours cette image du psy qui serait pour les fous... On va être allongé sur le canapé, il va falloir parler dans le vide etc. On est obligé vraiment de leur montrer*

⁴⁶ Fiche de capitalisation Projet « INTERFACE » Psychologue de rue en Prévention Spécialisée, Capitalisation accompagnée par Evelyne Jean-Gilles, dans le cadre d'un projet porté par la SFSP et Fondation de France / Janvier 2024 Club de prévention spécialisée AVANCE – Villeneuve-d'Ascq. Page 10

qu'ils peuvent venir déverser leur intimité en toute confiance et que cela peut leur être très utile. »
(Psychologue de rue 4).

Le souvenir d'une mauvaise expérience passée avec un psychologue peut s'avérer aussi être un des déterminants de cette méfiance. Certains jeunes ont déjà eu des expériences en milieu fermé qui ne se sont pas avérées concluantes selon leurs propos, ou ont eu connaissance à travers le bouche à oreille de « mauvaises » expériences en psychiatrie, discipline qu'ils ne dissocient pas de la psychologie.

Ce professionnel en atteste : « Il y a beaucoup de mauvais retours sur la psychiatrie avec notamment le cas d'un jeune qui s'est suicidé lors de son hospitalisation » **(Psychologue de rue 1)**. Et l'un de ses collègues abonde dans ce sens : « Oui c'est vrai, Il y a beaucoup de mauvais retours sur la psychiatrie » **(Psychologue de rue 6)**.

Le phase de déconstruction de ces représentations négatives est une première étape qui se combine souvent avec l'accroche offerte par l'écoute active. Écouter, se rendre disponible et rassurer sont les principes de base qui permettent aux PsyREPS de parvenir à neutraliser l'image négative que les jeunes ont majoritairement de leurs fonctions.

II-3-5 Trouver sa place dans l'équipe de Prévention Spécialisée : Transculturalité du lien

Lorsqu'ils arrivent dans les équipes de Prévention Spécialisée, les psychologues trouvent des équipes au sein desquelles les éducateurs sont les seuls professionnels astreints à une relation continue et quotidienne avec les jeunes. Ces éducateurs doivent accepter le changement opéré par l'arrivée de leurs nouveaux collègues psychologues, leur faire une place et accepter de collaborer avec eux par le partage de la mission d'accompagnement et de suivi qui jusque-là leur était dévouée.

S'opère alors un double travail d'adaptation mutuelle. Cette adaptation comporte des enjeux plus prégnants pour les psychologues du fait de la méconnaissance du cadre, des missions et des spécificités de la Prévention Spécialisée. Cependant cela ne dispense en aucune manière, les éducateurs de s'imprégner des fondamentaux de la démarche psychologique.

L'enjeu de cet effort mutuel d'adaptation est beaucoup plus crucial pour les nouveaux arrivants dans la mesure où ce sont eux qui doivent beaucoup plus s'adapter à la culture et aux méthodes de la Prévention Spécialisée que les éducateurs spécialisés à la psychologie. Néanmoins l'effort d'adaptation est réciproque.

En ce sens, le concept anthropologique de transculturation⁴⁷ des PsyREPS semble beaucoup mieux adapté que celui d'acculturation.

⁴⁷ Concept créé par l'anthropologue cubain Fernando Ortiz Fernández dans son ouvrage *Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar* paru en 1940.

La transculturalité renvoie en effet à l'emprunt par les PsyREPS des méthodes de prise en charge du public « hors les murs » de la Prévention Spécialisée, en particulier de celle de l'« Aller vers »; elle renvoie aussi à leurs processus d'accommodation au milieu d'intervention, à savoir aux codes, rites et langages des jeunes. C'est une réappropriation de certaines dimensions de la Prévention Spécialisée, culture professionnelle dominante, tout en demeurant fidèle aux fondamentaux de la psychologie.

La relation transculturelle en consacrant la rencontre entre deux univers très différents suggère aussi au-delà de l'effort d'adaptation des PsyREPS, une adaptation certes moindre, mais importante, des éducateurs à la discipline psychologique. Elle permet un processus de transformation mutuelle innovante. Il s'agit d'un enrichissement mutuel entre deux groupes différents, qui se transforment positivement dans la poursuite d'un objectif commun⁴⁸.

La psychologue Aurelie Lechardeur explique ainsi lors de son arrivée dans une équipe de Prévention Spécialisée qu'elle a « dû développer un « aller vers » les éducateurs pour « aller vers » les jeunes... » (Lechardeur, 2013 : 24).

Un travail d'explication des méthodes de la psychologie et de certains fondamentaux aux éducateurs constituerait un impératif, préalablement à un travail d'« Aller vers » en binôme avec les jeunes : *« Je pense que déjà il faudrait que les éducateurs soient un peu sensibilisés à tous les troubles psy. Je pense que ce serait intéressant de faire une sensibilisation lors d'une formation. Cela facilite pour eux la détection des problèmes de santé mentale chez les jeunes, si par exemple il y a un trouble de la bipolarité chez un jeune, quelque chose qui revient souvent, et moi ils me demandent de leur expliquer à quoi cela correspond. » (Psychologue de rue 5).*

De la même manière les psychologues peuvent aussi développer un habitus professionnel qui les cloisonne dans un mode de fonctionnement centré sur l'aspect clinique et amputé d'une visée socio-éducative et partenariale forte.

Éric Fassin dans son travail d'observation d'un point d'écoute psychologique relaie le témoignage d'une psychologue qui regrette un « fonctionnement en vase clos » ainsi qu'une « absence de travail éducatif » et une « absence de travail en réseau ». Et qui rajoute : « même en essayant c'est plus fort que nous, on n'y arrive pas (...) ce n'est pas dans nos tripes, quoi ». Selon Fassin, la question que ce problème soulève est une reinterrogation du « paradigme des pouvoirs publics de la souffrance des publics en question ». (FASSIN, 2004 :101)⁴⁹.

Les PsyREPS interrogés dans le cadre de cette action-recherche considèrent majoritairement leur intégration dans les équipes comme s'étant déroulée positivement.

⁴⁸ Ortiz García, Carmen, 2019. « Esclavage, racisme et culture afro-cubaine : vie, œuvre et combat de Fernando Ortiz », in BEROSE International Encyclopaedia of the Histories of Anthropology, Paris

⁴⁹ Fassin, Didier. « 4. Un dispositif d'observation psychologique », Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute, sous la direction de Fassin Didier. La Découverte, 2004, pp. 81-102.

L'argument qui ressort en premier est le suivant : du fait de la forte demande des Directeurs, chefs de service et éducateurs en termes de prise en compte de la santé mentale des jeunes, l'accueil était favorable et positif.

Cependant, en fonction des différentes personnalités et de certaines logiques de fonctionnement/dysfonctionnement internes aux équipes, il peut arriver aussi que l'intégration soit moins évidente.

Ainsi, trois formes d'intégration peuvent être catégorisées :

- **Une intégration facilitée par une forte demande d'une équipe dépourvue de culture de la discipline psychologique** : cela est illustré par le témoignage d'une psychologue arrivée dans une équipe où il n'y a jamais eu de psychologue de rue auparavant et où la forte demande résulte du fait que les équipes se sont retrouvées en grande difficulté face aux questions de santé mentale des jeunes, et totalement démunis : « *Les éducateurs étaient en demande donc mon intégration était plutôt facile je dirais et fluide parce que c'était aussi leur demande. Ils se sont à un moment donné sentis en difficulté.* » (**Psychologue de rue 2**)
- **Une intégration facile au sein d'une équipe qui dispose déjà d'une culture en santé mentale** : le contexte du second témoignage est différent car il concerne une équipe qui a déjà accueilli une psychologue de rue : « *Oui, alors concernant l'intégration dans l'équipe, et bien franchement, j'étais super bien intégrée. Les éducateurs sont très en demande, la direction est très en demande, La communication est très facilitée que ce soit avec les éducateurs, que ce soit avec la direction. Enfin, c'est très simple, ça m'a même surpris parce que je ne m'y attendais pas. Et après voilà la psychologue qui était avant a su faire sa place.* » (**Psychologue de rue 6**).

Dans ce cas de figure, le travail d'adaptation des éducateurs est moindre dans la mesure où il a été préalablement entamé. Néanmoins, cela est loin de signifier que cela facilite la tâche pour autant des psychologues. Au contraire cette situation peut faire augmenter les demandes et sollicitations des éducateurs à la psychologue de rue, dans la mesure où du fait de connaissances déjà acquises, le niveau de leurs capacités de repérage des situations qui relèvent de la souffrance psychique semble élevé. Cela ne constitue cependant pas un problème pour la psychologue qui au contraire s'en réjouit : « *Du coup, les éducateurs et la direction me sollicitent beaucoup, ils ont de fortes demandes et moi ça me va* » (**Psychologue de rue 6**).

- **Une difficile intégration inhérente aux relations interpersonnelles au sein de l'équipe** : ce troisième cas de figure doit être resitué dans le cadre d'un contexte où peu importe le niveau d'adaptation des éducateurs, ce sont la nature des relations interpersonnelles ainsi que certains enjeux en interne qui configurent la dimension intégrative des psychologues : « *Moi du coup, étant donné mon parcours personnel dans l'association, l'intégration n'a pas été hyper facile. Pourtant, ça a été une demande de l'équipe d'avoir ce poste de psy. Mais du coup j'ai l'impression d'être redevable.* » (**Une Psychologue de rue** ⁵⁰). Ici, ce qui entre en jeu, c'est une dimension,

⁵⁰ Anonymisation absolue du fait de la sensibilité du verbatim

concurrentielle voire des enjeux de légitimité. Ce qui fait que la psychologue considère que du fait de son recrutement, elle est « challengée » par l'équipe qui pense qu'elle serait redevable d'avoir été recrutée.

L'intégration passe dans un premier temps par le travail de rue effectué en binôme. Lors de cette démarche, le psychologue de rue est présenté aux jeunes par l'éducateur. Ils éprouvent des difficultés au début, à dissocier les deux fonctions et assimilent le psychologue à un éducateur.

Ensuite, lorsqu'un jeune est repéré et reçu en entretien par le psychologue, l'éducateur y assiste au début : *« Ce sont les éducateurs qui m'orientent en fait et du coup je suis associée à l'éducateur. Je fais les deux premiers entretiens avec lui et du coup les jeunes ne me voient pas comme une psychologue mais comme la collègue d'un éducateur dans un premier temps et ceci est à bien déconstruire, c'est important de déconstruire dans un premier temps. »* **(Psychologue de rue 5).**

À partir du moment où cette phase d'assimilation est acquise, le travail de suivi individuel du jeune par le psychologue peut se développer et être combiné avec du travail de rue, des temps collectifs avec l'équipe socio-éducative.

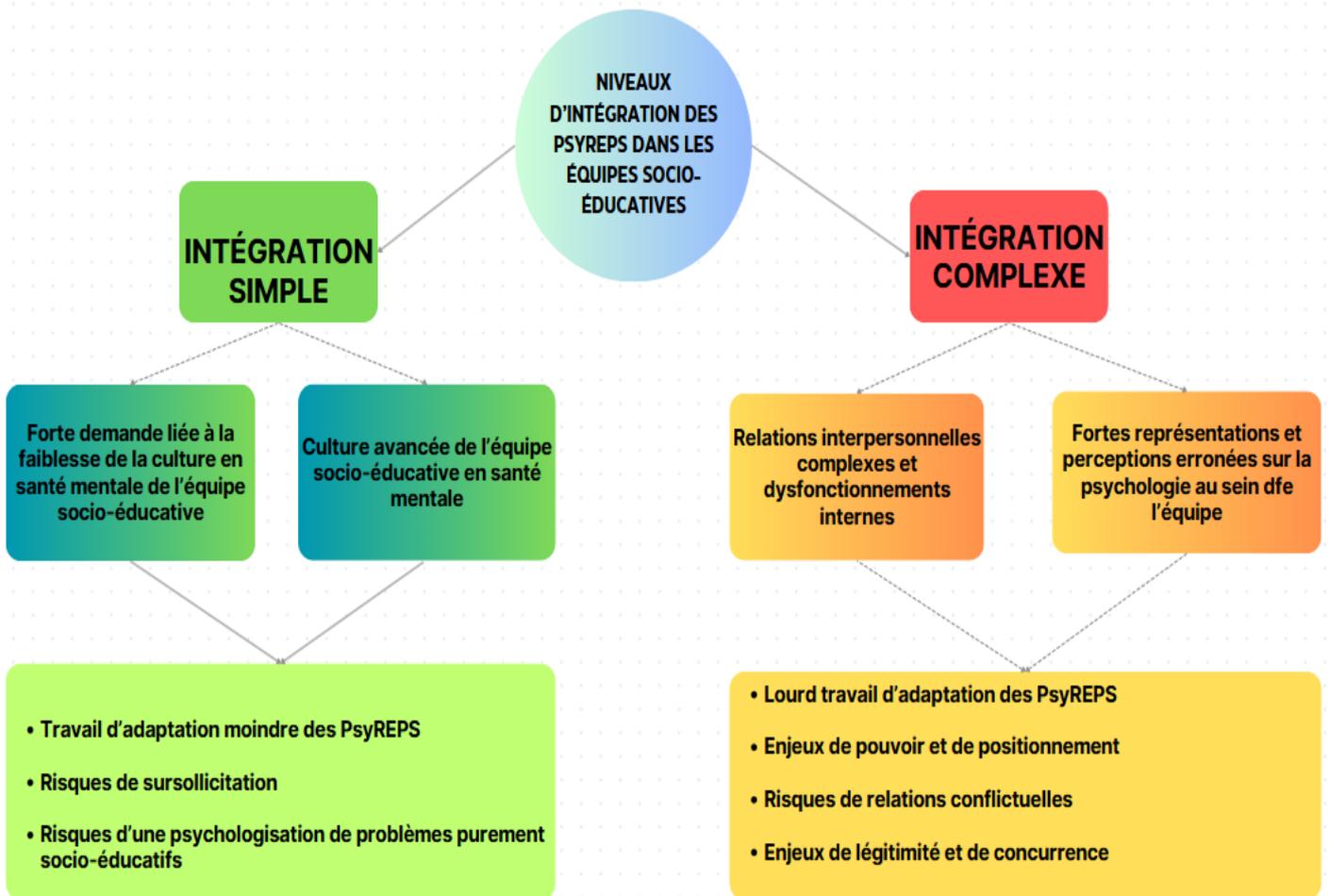


Figure 5 Niveaux et enjeux de l'intégration des PsyREPS

III- MÉTHODES ET PRATIQUES NOUVELLES DES PSYREPS

III-1 Préalables pour accorder les méthodes de la psychologie au champ de la Prévention Spécialisée : *Ismael Taubira, Psychologue de rue*

Le travail pluridisciplinaire et partenarial, au sein de nos structures, constitue avant tout une force qui est à l'avantage des personnes accompagnées. La Prévention Spécialisée l'a bien compris et comme souvent dans le passé a innové avec le dispositif « PsyREPS » afin d'optimiser la prise en charge de son public. C'est dans cette optique que des psychologues ont peu à peu intégré des clubs de Prévention Spécialisée et se sont affiliés aux différents éducateurs afin de pratiquer un « Aller vers » les jeunes.

L'aspect atypique et spécifique de la démarche n'est pas directement pris en compte en psychologie et n'est pas encore abordé en formation universitaire. Il faut comprendre par-là, qu'il n'y a pas de champ disciplinaire en psychologie clinique appliquée à la prévention spécialisée. Par conséquent, nous avons à penser et à conceptualiser un certain nombre de pratiques, dont l'« Aller vers » un public adolescent.

Nous devons élaborer cet « Aller vers » qui compose avec la libre adhésion et le principe d'anonymat, le lien qui relie la Prévention Spécialisée à son public. La Prévention Spécialisée a aussi pour ambition globale d'enrayer le processus de marginalisation que peuvent générer certaines situations et prédispositions sociales dans les quartiers dit prioritaires (Chellig, 2016)⁵¹.

Le caractère généraliste des missions invite le psychologue de rue à rechercher et à comprendre de manière holistique et systémique, l'origine profonde des situations préoccupantes auxquelles il est confronté. La démarche consiste à se laisser porter par la temporalité psychique du sujet, pour éventuellement tenter de la synchroniser à la temporalité institutionnelle et à ses exigences. Lors du travail de rue, l'approche en tant que professionnel de la santé mentale peut être délicate et vient tout d'abord questionner l'attitude, la posture et la forme avec lesquelles le professionnel doit inscrire son intervention, dans des zones où il y a une culture urbaine et populaire forte.

Bien que les éducateurs de rue jouissent d'une légitimité certaine et d'une réelle acceptation dans les quartiers, les "nouveaux" acteurs (psychologues, Conseiller d'Insertion Professionnelle et autres) qui les accompagnent peuvent parfois se heurter à une légère forme de répulsion en réponse à ce que leur présence pourrait susciter comme sentiment d'intrusion ou d'étrangeté.

⁵¹ Chellig, N. (2016). Où se situe la prévention spécialisée dans les processus d'identification des jeunes en voie de marginalisation ? Histoire, monde et cultures religieuses, 39, 33-44.

« Aller vers » le public de la Prévention Spécialisée via le travail de rue, c'est inévitablement penser le contact et l'optimiser de sorte qu'il engage d'emblée, lorsque nécessaire, un travail de déconstruction des représentations non-fidèles à la réalité du métier et/ou du monde institutionnel. Nous pouvons observer par moment, chez des jeunes, comme de la méfiance ou de la défiance vis à vis de ce qui représente, rappelle et incarne, le système institutionnel de manière générale.

Dans le quartier, les rôles socio-hiérarchiques sont redistribués sur une base intuitive et opérationnelle, en phase avec le système de valeur partagé dans l'environnement. Pour créer une relation solide, c'est avant tout en tant qu'individu lambda que nous devons nous attendre à être appréciés par les jeunes, et non en tant que psychologue ou tout autre titre socio-professionnel.

Les compétences professionnelles et leurs utilités sont éventuellement explorées plus tard dans la relation. Les principes fondamentaux psycho-humanistes basés sur une attitude authentique, chaleureuse et empreinte d'humilité, correspondent à l'armature d'une posture appréciée des jeunes et de leurs familles.

Cette posture, appliquée à la psychologie de rue, repose sur une considération positive inconditionnelle. Ce qui comporte pour vertu d'obvier aux mécanismes de pensées dysfonctionnelles qui polluent la création et la qualité du lien ou de l'éventuelle alliance.

« Aller vers » les jeunes des quartiers prioritaires en tant que psychologue, c'est se rapprocher pour tenter de comprendre ce qui anime au moment de la rencontre et ce que cela pourrait questionner plus profondément en termes de besoins cliniques et psychosociaux, ou traduire en termes d'enjeux et de réalités psychiques.

C'est tenter de construire avec le public une relation sociale salubre, saine et équilibrée, dans laquelle il est placé au centre. C'est ce qui permettra éventuellement à un moment donné de décoder une demande implicite, pour peut-être faire émerger de celle-ci une demande explicite, et procéder le cas échéant à l'orientation vers les structures de droits communs adaptées lorsqu'elles existent.

Travailler avec la libre adhésion implique de renoncer au contrôle de la relation avec le public et des objectifs établis, tout en restant un support d'élaboration psychique et un outil d'aide à la restructuration de vie. Cependant, elle est aussi un indicateur et un outil à part entière de travail dans l'alliance psycho-éducative de l'accompagnement.

Il est primordial d'effectuer une lecture clinique, psychosociale et systémique d'une jeunesse en précarité psychique. Bien souvent, les jeunes que nous rencontrons évoluent dans des environnements sociaux dysfonctionnels et cumulent des facteurs de vulnérabilité, du fait d'histoires de vie accidentées, mais aussi de variables implicites induites par notre système social et nos mécanismes psychosociaux.

Il y a dans la richesse du corpus théorique en psychologie, des approches pertinentes, des pistes judicieuses de réflexion et de remédiation qui peuvent être mobilisées lorsque les professionnels travaillent en Prévention Spécialisée. L'approche intégrative en est un parfait exemple.

Une démarche intégrative constitue du fait du cadre d'exercice spécifique de la Prévention Spécialisée, une stratégie qui inspire le psychologue de rue dans l'exercice de ses missions. L'action « hors murs » institutionnalisée requiert une souplesse d'approche et d'intervention, tant sur le plan opérationnel que conceptuel et devrait donc s'appuyer sur un ancrage théorique multiréférentiel.

Le rapport à la santé mentale et à la démarche de soin est soumis à une forte influence biopsychosociale et culturelle. Outre les compétences développées et autres apports de nos socles communs de formation universitaire en matière de psychologie clinique, les travaux et approches théoriques en psychologie communautaire (Saïas, T., 2009)⁵² et en psychologie sociale qui traitent des effets de la cognition sociale (Clément, C. & Demont, É., 2021)⁵³, de l'apprentissage social (Akers, R., 2017)⁵⁴, de la dominance sociale (Cross, J.R & Fletcher, K.L., 2011)⁵⁵, du partage social des émotions (Rimé, B., 2009)⁵⁶, de l'attachement à l'adolescence (Oldfield, J. & al, 2016)⁵⁷ et des mécanismes liés aux besoins psychosociaux et affectifs constituent, entre autres, des paradigmes précieux pour comprendre et appréhender les défis psychologiques rencontrés par les jeunes de la Prévention Spécialisée. Ceci afin de parvenir à proposer *in fine* des interventions adéquates.

La famille, l'école, la relation aux pairs, le quartier, les structures de droits communs et de l'aide sociale à l'enfance, sont tout autant de terrains sur lesquels se construit l'identité multiple de nos jeunes. Ce sont sur ces lieux où ils vont satisfaire ou frustrer des besoins fondamentaux existentiels, qui carencés peuvent être à l'origine d'un grand nombre de problèmes qui les guettent. À titre d'exemples : les troubles anxieux, les troubles du comportement, les conduites à risques, les addictions, les troubles de la personnalité, etc.

⁵² Saïas, T. (2009). La psychologie communautaire : une discipline. *Le Journal des psychologues*, 271, 18-21. <https://doi.org/10.3917/jdp.271.0018>

⁵³ Clément, C. & Demont, É. (2021). Chapitre 13. Les cognitions sociales à l'adolescence. (pp. 135-138). Paris: Dunod.

⁵⁴ Akers, Ronald L. 2017. *Social Learning and Social Structure. A General Theory of Crime and Deviance*. London and New York Routledge.

⁵⁵ Cross, J. Ri. & Fletcher, K.L., Associations of Parental and Peer Characteristics with Adolescents' Social Dominance Orientation (2011). *Journal of Youth and Adolescence*, 40(6), 694-706.

⁵⁶ Rimé, B. (2009). Chapitre 4. Le partage social de l'émotion. *Le partage social des émotions*. (p. 85 -110). Presses Universitaires de France.

⁵⁷ Oldfield, J., Humphrey, N. & Hebron, J. (2016). The role of parental and peer attachment relationships and school connectedness in predicting adolescent mental health outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(1), 21-29.

Le psychologue de rue en Prévention Spécialisée est parfois témoin d'un cumul de dysfonctionnements socio-éducatifs concomitants au niveau de plusieurs milieux de vie (ou parfois de tous les milieux de vie) où évolue le jeune. Cela accentue l'urgence préventive et de remédiation.

Bien que le poste de psychologue de rue, pensé pour faire office d'interface entre les structures de droit commun et le public de la Prévention Spécialisée, n'ait pas vocation à faire de la psychothérapie pure, le cadre de la Prévention Spécialisée l'amène néanmoins à répondre à des demandes, qui ne trouvent pas toujours de réponses et de délais adaptés dans l'offre sociale d'aides et de soins psychologiques dédiés à la jeunesse.

Répondre à ces besoins de façon appropriée, c'est sans aucun doute agir en prévention d'enjeux psychopathologiques pour certains de ces jeunes, mais c'est aussi assurément renforcer les potentialités de résilience de toute une jeunesse, particulièrement précaire et vulnérable, y compris sur le plan psychosocial.

Finalement, c'est offrir à notre système de prévention spécialisée et de protection de l'enfance, des ressources supplémentaires sur mesure et de circonstance, en vue de promouvoir la santé mentale et le développement social de jeunes des quartiers dit "prioritaires".

III-2 Mobiliser l'approche intégrative : [Angèle Becuwe, Psychologue de rue](#)

Un référentiel privilégié

Bien que nous soyons nommés « PsyREPS » en raison de la particularité de notre pratique en extérieur et de la flexibilité de nos interventions, nous demeurons avant tout des psychologues tout courts. Dans ce sens, nous appliquons les principes fondamentaux de la psychologie pour assurer une pratique éthique et optimale, incluant la neutralité, l'authenticité, l'empathie, la confidentialité et le respect de l'autonomie du patient. Notre mission principale est de nous adapter à la personne et de l'appréhender dans sa singularité et sa complexité.

Les jeunes et leurs familles, avec lesquels nous travaillons, souvent en situation de grande vulnérabilité et en marge des structures de soins, présentent des profils variés et des besoins spécifiques. Notre rôle est de saisir cette diversité et de concevoir des interventions thérapeutiques qui tiennent compte de l'unicité de chaque individu. L'approche intégrative constitue un référentiel privilégié pour les PsyREPS et peut être placée au cœur de notre pratique.

Elle permet de remettre le patient au centre de la thérapie : ses ressentis, ses besoins et ses objectifs guident le processus thérapeutique. L'intervention est ajustée en fonction des caractéristiques uniques du patient, prenant en compte sa demande, ses expériences de vie et ses besoins spécifiques. Cette approche holistique considère les aspects émotionnels, cognitifs, comportementaux, sociaux et culturels de l'individu, offrant ainsi une prise en charge globale.

L'approche intégrative se distingue par sa flexibilité et sa capacité à intégrer des éléments de différents courants théoriques et pratiques, offrant ainsi une intervention psychologique personnalisée.

Bien que notre principal outil thérapeutique soit l'écoute active inspirée de Carl Rogers, l'approche intégrative peut inclure une variété de techniques et de pratiques, issues des Thérapies Comportementales, Cognitives et Émotionnelles (TCCE), des Thérapies Systémiques, des Thérapies Psychodynamiques, des Thérapies Humanistes, de la Pleine Conscience ou encore de l'Art-Thérapie, par exemple.

Application en pratique

En pratique, il peut être nécessaire de déconstruire les représentations du jeune concernant la santé mentale et le métier de psychologue avant la première rencontre formelle. Lors des rencontres, le psychologue de rue identifie d'abord la demande, les besoins et les caractéristiques spécifiques du jeune.

Parfois, grâce à l'écoute active, le psychologue fait émerger une demande à partir de l'absence de demande explicite du jeune lors des temps de travail de rue. Ensuite, il élabore une intervention en sélectionnant les techniques les plus appropriées parmi divers courants thérapeutiques. Au fur et à mesure de l'évolution de l'accompagnement, le psychologue ajuste ses interventions tout en respectant la temporalité psychique de l'individu.

Par exemple, une intervention peut combiner des séances individuelles avec l'utilisation de techniques cognitivo-comportementales pour travailler sur les pensées automatiques, de techniques de relaxation dans le cadre de la gestion de l'anxiété, d'ateliers de groupe basés sur l'art-thérapie afin d'encourager l'expression, ou encore d'entretiens familiaux afin de mettre en mouvement la dynamique familiale dans laquelle évolue le jeune.

La flexibilité réside également dans le lieu de nos interventions. Pour certains jeunes, un environnement stable et sécurisant est nécessaire, donc un entretien dans un bureau est approprié. Pour d'autres, un cadre plus informel favorise l'expression. Dans ce cas, un échange autour d'un repas ou d'une activité peut être envisagé, tout en garantissant une posture et un cadre professionnels sécurisants.

Le métier de psychologue de rue nécessite une approche flexible et diversifiée, capable de répondre aux besoins variés des individus. L'approche intégrative, par sa capacité à combiner différentes théories et pratiques thérapeutiques, nous permet de proposer des interventions personnalisées et efficaces, visant à améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées.

Les éducateurs avec lesquels nous travaillons sur le terrain contribuent à la déstigmatisation et à la démystification de la profession de psychologue grâce à leur connaissance du territoire et en nous introduisant auprès des jeunes qu'ils accompagnent.

Ainsi, la rue peut devenir un lieu d'entretien où un muret remplace le fauteuil du bureau, démocratisant ainsi l'accès à la santé mentale. En effet, ces jeunes, bien qu'ils arpentent les

rues, ne viendront jamais au local où se trouve le bureau d'entretien. En collaborant étroitement avec d'autres professionnels tels que les éducateurs, nous pouvons offrir un soutien global et multidimensionnel, essentiel pour promouvoir le bien-être et l'inclusion sociale des jeunes et de leur entourage.

III-3 Approche intégrative et écoute active comme phase d'accroche de la relation de confiance : Célya Mougari, Psychologue de rue

Nous sommes nommés PsyREPS du fait de la spécificité de notre pratique à travailler « hors les murs » et directement dans la rue. Mais nous sommes tout d'abord psychologues, ce qui nous mène à appliquer les principes fondamentaux que possède la psychologie clinique. En effet, afin de maintenir une pratique éthique et efficace, il est essentiel d'être neutre, authentique, empathique et de respecter la confidentialité ainsi que l'autonomie du patient (Corey, 2016)⁵⁸.

Lorsque nous nous rendons dans la rue, notre premier outil thérapeutique nous vient de Carl Rogers : il s'agit de l'**écoute active**. Elle nous permet de créer une alliance thérapeutique avec le jeune rencontré (Castillo, 2021)⁵⁹. Dans l'écoute active, nous retrouvons, comme cité plus haut, l'authenticité du thérapeute qui consiste à être soi-même, c'est-à-dire, être sincère et transparent avec le patient. Cela demande une congruence entre nos paroles, nos sentiments et nos comportements face au patient afin qu'il puisse également être honnête et ouvert (Rogers, 1957)⁶⁰.

Dans cette écoute, nous sommes actifs de façon verbale, en employant des phrases telle que « je t'écoute » mais aussi de façon non verbale, en maintenant le regard ou en hochant la tête par exemple (Corey, 2016). Des reformulations sont utilisées dans le but de valider les ressentis du patient mais elles permettent également de l'encourager dans une exploration plus approfondie de ses sentiments (Rogers, 1957).

En effet, des sentiments pouvant être effrayants pour le patient peuvent lui devenir supportables lorsqu'il est écouté (Rogers, 1942/2015) ; c'est la raison pour laquelle il est important de reconnaître et légitimer les émotions du patient (Rogers, 1980). Les reformulations ont aussi pour objectif une bonne compréhension du message et de la situation du patient. Pour éclaircir certains points encore flous et mieux comprendre ce qu'amène le patient, des questions sont posées (Egan, 2013)⁶¹.

⁵⁸ Corey, G. (2016). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. (10th ed., pp. 50-80). Cengage Learning.

⁶⁰ Rogers, C. (1942/2015). *La relation d'aide et la psychothérapie* (traduit par J.-P. Zigliara). Paris: ESF Sciences humaines.

⁶¹ Egan, G. (2013). *The Skilled Helper: A Problem-Management and Opportunity-Development Approach to Helping* (10th ed., pp. 122-139). Cengage Learning.

Lors des rencontres avec les jeunes « Hors les murs », nous sommes déjà dans cette écoute active. Le fait d'offrir une écoute attentive et empathique permet de créer un environnement sûr, cette écoute renforce la confiance entre le thérapeute et le patient. La création de cette alliance thérapeutique est essentielle pour une thérapie efficace (Shulman, 2015)⁶² et pourra mener par la suite à un rendez-vous plus formel au bureau.

Le psychologue de rue devient alors une nouvelle personne ressource pour le jeune. Cette approche permet d'offrir aux patients un soutien plus approfondi et efficace, ce qui participe à leur bien-être. Les patients qui se sentent écoutés et compris sont plus enclins à partager des informations pertinentes pour la thérapie.

Le partage de ces informations peut alors favoriser l'évaluation et mener à des thérapies plus ciblées et adaptées à la problématique du patient (Corey, 2016). Cela nous permet de l'orienter vers un partenaire adapté et de pouvoir aiguiller le dit partenaire lorsque l'orientation est possible. Si cela n'est pas envisageable, nous pouvons appliquer et ajuster nos outils thérapeutiques en fonction des besoins du patient grâce à l'approche intégrative.

J'ai été formée à l'approche intégrative, ce qui me permet de disposer d'une large palette d'outils. Je ne pratique pas les Thérapies Comportementales, Cognitives et Emotionnelles (TCCE) de manière stricte, mais j'en utilise certaines techniques, que je complète avec des outils issus de la psychologie positive.

Par exemple, si une jeune fille souffre d'un manque de confiance en elle et de pensées négatives qui impactent son parcours, je lui propose d'abord de travailler sur ses pensées grâce aux colonnes de Beck (issues des TCCE).

En parallèle, je l'invite à tenir un journal avec des phrases à compléter sur sa journée afin d'en retirer des aspects positifs. Il peut s'agir de petites choses qui, bien que paraissant anodines à ses yeux, participent à son bien-être tels que s'être bien maquillée, apprêtée, avoir pratiqué une activité sportive, ou encore toute action qui lui a procuré du plaisir et du positif.

Ces exercices l'aident à prendre du recul sur ses réussites quotidiennes, selon son propre regard, et constituent un bon point de départ pour renforcer sa confiance et son estime de soi.

⁶² Shulman, L. (2015). *The skills of helping individuals, families, groups and communities* (5th ed., pp. 123-157). Cengage Learning.

Cas pratique d'illustration de l'écoute active par Célya Mougari

Prenons l'exemple du jeune X., rencontré lors d'une réparation pénale. Ce dernier participait à une collecte de dons organisée par les éducateurs spécialisés en partenariat avec le CCAS pour aider les victimes des séismes au Maroc. Je rencontre X. au CCAS où les éducateurs m'introduisent de cette façon : *"Voici notre collègue psychologue de rue qui intervient sur notre service"*. Je fais connaissance avec le jeune en posant des questions simples pour apprendre à le connaître (prénom, âge, etc.). Nous discutons avec légèreté du projet des éducateurs, de comment il les a rencontrés puis je l'interroge sur ce qu'il fait dans la vie. Il me dit être en études de droit. Après avoir discuté de son parcours scolaire, il m'indique que la psychologie l'a toujours intéressé. Il me questionne sur le métier de psychologue et ses missions, je lui demande sa vision du métier afin de comprendre les représentations qu'il a de ma fonction et de déconstruire celles-ci au besoin. Il voit une utilité au métier de psychologue et évoque qu'il a déjà pensé à consulter mais que pour l'instant, il ne préfère pas. Il parle un peu de sa vie personnelle, mon collègue éducateur commente nos interactions et je propose à X. de prendre un temps à l'écart afin de lui accorder un temps d'écoute. Il demandera mon accord ainsi que celui de mes collègues pour fumer une cigarette. A l'extérieur, X. me parle de conflits intrafamiliaux, d'une souffrance induite par le départ de son père. Il me dit alors : *« Finalement, c'est un bien car il était violent »*. Je tente de reformuler sa phrase : *« C'est positif car tu n'es plus une victime de violence mais cela te rend triste car tu aurais aimé que ton père soit présent et avoir une relation différente avec lui ? »*. Il me répond donc : *« Oui c'est ça, et du coup je fume, ou je rentre tard ce qui mène à des conflits avec ma mère. Je sais qu'il faut que j'arrête de fumer, mais je n'arrive pas. Même là, je t'en parle, tu vois, j'ai besoin de fumer quand j'aborde ce sujet puisque je ne l'aborde pas beaucoup enfin si, vite fait avec des potes qui connaissent ma vie mais voilà je ne rentre pas dans les détails »*. Lorsque je l'interroge sur ses ressentis face aux conflits avec sa mère, il me dit : *« C'est comme si je lui en voulais d'avoir choisi mon père, même si elle ne pouvait pas savoir... Je ne sais pas d'être restée malgré tout ce qu'il nous faisait vivre quoi... Mais je m'en veux de lui en vouloir voulu pour ça car c'est ma mère, je l'aime »*. Je lui demande : *« Si je comprends bien, tu es en colère car pour toi elle est fautive mais tu culpabilise de ressentir ça c'est bien ça ? »*. Il m'indique : *« Oui je dirai même que j'ai honte de ressentir ça envers elle parce qu'une mère c'est important »*. Je lui dis alors : *« Mais tu ne comprends pas pourquoi elle a agi ainsi de cette manière c'est ça ? »* et X. me répond : *« Oui c'est ça même pour elle pourquoi choisir de subir comme ça ... »*. Je lui dis donc : *« C'est normal de ressentir de l'incompréhension, tu as plusieurs sentiments qui se mélangent et tu aurais peut-être agi différemment dans cette situation »*. De plus, je lui fais remarquer que j'ai le sentiment que cela le rend également triste, il hausse les épaules puis acquiesce d'un hochement de tête puis indique : *« C'est tout ça dont il faudrait que je parle pour me sentir mieux »*. Je lui confie que j'ai été surprise qu'il me parle autant et le remercie pour la confiance qu'il m'a accordé. Je lui propose de prendre mon numéro et lui dis de ne pas hésiter à me contacter le jour où il se sent prêt ou s'il a besoin soit de me voir, soit d'être orienté. Ce moment a duré 45 minutes puis X. est retourné à la récolte de dons. X. est quelqu'un qui précise ne pas se sentir prêt

mais qui, paradoxalement, sur le moment, a verbalisé sa souffrance tout en ayant un peu de recul sur la situation et une réflexion élaborée sur celle-ci. Parfois, la démarche de prendre rendez-vous avec un psychologue peut mener à des réticences. Il faut prendre le téléphone, prendre rendez-vous, se projeter sur les disponibilités. Cela peut être compliqué pour certains jeunes qui, parfois, auront besoin de se décharger sur le moment. L'avantage des PsyREPS est que nous sommes disponibles dans leur propre environnement, nous venons directement à eux et sommes accessibles. Notre accessibilité se traduit parfois par le fait d'être présent dans l'instant mais également car nous sommes joignables sur nos portables professionnels sans nécessité de passer par une secrétaire. Pour en revenir à X., un entretien unique ne permet pas de cerner la ou les thérapies à aborder. Dans ce cas précis, l'alliance a encore besoin d'être créée et des éléments de compréhension doivent être apportés.

Selon la psychologue, l'écoute active permet l'instauration d'un cadre sécurisant et l'élaboration d'une relation dans le cadre de l'approche intégrative. C'est ainsi que certaines hypothèses peuvent être élaborées : « *il est possible, par exemple, de creuser la question de la dynamique familiale grâce à des outils systémiques et d'envisager par la suite d'inclure la mère à quelques entretiens.* ».

Elle avance aussi que certaines techniques tirées des thérapies cognitivo-comportementales qu'elle utilise pourraient permettre « *d'identifier, d'examiner, de modifier les pensées automatiques négatives ou dysfonctionnelles* ». C'est le cas notamment des colonnes de Beck.

Enfin, selon elle, comprendre la question des psycho-traumatismes liés aux violences et maltraitements subies en particulier pendant l'enfance constitue un axe thérapeutique à explorer. Car « *si des psycho-traumatismes venaient à se révéler lors des entretiens, sous forme de cauchemars par exemple, ces derniers pourraient être retravaillés par le tapping ou l'auto-tapping* ».

III-4 Nécessité d'une méthode de psychologie « hors les murs » :

III-4-1 Une psychothérapie institutionnelle adaptée à la psychologie « hors les murs »

Laure Chambaudet, Psychologue de rue

Lorsque l'on travaille dans la rue, avec les jeunes du dehors, on ne se confronte pas qu'à la question de la thérapie hors des murs, mais celle des murs du dehors : les murs mouvants de la société et du quartier. Et c'est à l'intérieur de ce carcan que nous intervenons.

Notre posture fait écho de facto aux principes de la psychothérapie institutionnelle, car la rue est une institution à part entière.

La psychothérapie institutionnelle a une histoire bien plus vieille que les PsyREPS. Elle naît en 1942 lorsque Balvet fait une allocution dénonçant la grande misère de l'assistance publique française et son aliénation envers la symptomatologie de la souffrance psychique (Jovelet, 2021)⁶³.

Plusieurs autres noms émergent et font s'ériger des cliniques basées sur la psychothérapie institutionnelle telles que Saint Alban ou Laborde. Ces cliniques ressemblent à de grandes demeures, avec de vastes jardins sans clôture. Les malades, les fous, les asilés, s'ouvrent sur le monde, sans enfermement.

C'est de cette question d'ouverture que prennent l'essence des différents principes de psychothérapie institutionnelle. Faisons le parallèle entre ces principes et le travail de rue en tant que thérapeutique. Tosquelles parle d'asepsie (Luca-Bernier, 2011)⁶⁴, notion phare de cette approche.

Dans ces cliniques tout comme lors de la rencontre avec les jeunes, nous suspendons nos préjugés et prenons garde à ne pas aliéner les personnes (Delion, 2011)⁶⁵. Même lorsque nous les croisons dans un coin de rue, sous une paire de chaussures nouée sur un cordon électrique (symbole d'une zone de deal), nous ne leur parlons pas en tant que dealer mais bien en tant que sujet singulier.

Nous ne nous positionnons pas comme détenteur d'un savoir supposé ou d'une autorité supérieure, nous nous positionnons au même niveau. C'est la transversalité, la valeur de la personne dans la relation ne repose pas sur son statut (Lopez, 2022)⁶⁶.

Dans la société, quelle que soit notre fonction, nous avons tous et partout un potentiel soignant. De cela émerge la pathoplastie (Delion, 2022)⁶⁷, c'est-à-dire la manière dont il faut voir le symptôme au-delà du Sujet mais dans l'institution qui les entoure. Et ce sont aussi ces entours qu'il faut soigner, aseptiser, pour qu'ils n'aliènent pas le Sujet (déjà aliéné par ses symptômes, sa précarité et sa souffrance).

Mais alors, comment aseptiser l'institution qu'est la rue, et plus largement la société ? Au regard de la psychothérapie institutionnelle, il s'agira avant tout d'ouvrir sur les entours sans chosifier la personne et sans se positionner comme étant au-dessus d'elle.

⁶³ Jovelet, G. (2021). Quelque chose en nous de Paul Balvet. *Perspectives Psy*, 60, 256-267.

⁶⁴ Luca-Bernier, C. (2011). Logique du soin en psychothérapie institutionnelle. *Le Coq-héron*, 206, 98-106.

⁶⁵ Delion, P. (2011). Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne : Introduction à la psychothérapie institutionnelle. Dunod

⁶⁶ Lopez, E. (2022). Du transfert à la transversalité. *Chimères*, 101, 187-197.

⁶⁷ Delion, P. (2022). Les concepts-clés. Dans

C'est ensemble, côte à côte dans le quotidien que nous évaluons, hors des murs, dans la rue. Nous sommes auprès d'eux dans différents espaces, afin de les maintenir dans une continuité d'être. Les faire s'adresser, se délimiter, sortir du préjudiciable qui leurs sont étiquetés. Leur offrir un ailleurs, au sein même des moments simples d'oisiveté partagée (travail de rue) tout comme leurs accompagnements, les loisirs ou les temps cliniques. Favoriser les rencontres, mais aussi regrouper les éclats.

Le fait de voir le jeune dans différents lieux, différents groupes et différents contextes permet de le découvrir de tout autant de manières. Nous pouvons alors par la suite lui renvoyer l'assemblage de ces multiples parties, tout en restant dans la construction. Une construction par-delà les murs, qui lui fait se subjectiver au-delà des carcans de la rue.

Il arrive donc, qu'au détour d'une marche dans les quartiers, nous nous présentons à des jeunes. Après les avoir croisés à plusieurs reprises, avoir pris de leurs nouvelles sans jamais venir les brusquer, nous ébauchons l'entame d'une alliance et d'une relation de confiance. C'est de cette ébauche que peut naître la relation transversale et soignante.

L'accompagnement avec un binôme éducatif permet d'autant plus une accroche globale de la personne et de son environnement. On ne se présente pas comme étant une caricature de la santé mentale, mais bien comme des soignants des entours ne stigmatisant pas, ceux disposés à aider si une demande est formulée. Mais en attendant la formulation de cette demande d'accompagnement, nous pouvons entretenir avec eux ce lien sans attente.

Nous nous retrouvons donc là, à parler du quotidien, tâter le flux de leur pensée, les problématiques qu'ils rencontrent, les ressources qu'ils ont. Et c'est parce que nous arpentons leurs entours que certains s'autorisent à s'ouvrir, à nous donner un bout d'eux-mêmes, car encore une fois, ils se savent non-jugés.

Et c'est parce que la demande peut se glisser dans l'ouverture de cette institution à ciel ouvert qu'un jour, un jeune nous demande s'il est possible de mettre en place un temps de parole avec le psychologue là où ils zonent. Chez eux, dans leur environnement, là où ils se sentent en sécurité, dans leurs murs contenant.

Et c'est à partir de tous ces bouts d'ébauche de lien, que nous pouvons imaginer d'autres rencontres. Dans la rue, lors d'activités, lors d'accompagnements sur d'autres structures, et même pourquoi pas, dans notre bureau.

III-4-2 Des va-et-vient constants entre « hors les murs » et « dans les murs »

La reconnaissance de la nécessité d'une discipline psychologique qui investit la rue est bien antérieure à l'arrivée des PsyREPS en Prévention Spécialisée.

En effet dans le champ psychiatrique de la santé mentale, des équipes mobiles ont développé cette culture très tôt en allant vers des publics vulnérables en particulier les toxicomanes. Plutôt que de se cantonner au « voir venir » comme le souligne Mercuel, la pratique de l'« Aller vers » en complément, permet de garantir une meilleure solidité du lien avec les usagers. C'est le cas notamment des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) : « Les EMPP démontrent bien que la permanence du lien par un « aller vers » prévaut sur la permanence du lieu. Par leur « savoir-faire » face à des personnes porteuses de pathologies et/ou de souffrances du lien et de troubles de l'attachement, ces équipes invitent au lien médiatisé, au lien en confiance, au lien durable. Par cette démarche proactive d'« aller vers », elles proposent un « accueil dehors ». Tenir le lien d'abord ! Binding first ? » (MERCUEL, 2018 :4)⁶⁸.

La Prévention Spécialisée a toujours revendiqué la paternité de la méthode de l'« aller vers » et ses acteurs s'offusquent parfois que d'autres professionnels du secteur médico-social puissent se l'approprier en ne respectant pas ses principes méthodologiques.

En incorporant des PsyREPS en son sein, la Prévention Spécialisée effectue quelque chose de rare pour un secteur que ses détracteurs jugent rigide, fermé et recroquevillé dans un traditionalisme dogmatique. L'arrivée des PsyREPS témoigne ainsi d'une ouverture au changement et au progrès. Cette dynamique nouvelle comporte un enjeu de taille.

Il s'agit d'intégrer une nouvelle pratique d'un « Aller vers » par des professionnels qui ont justement été formés tout au long de leur cursus à « laisser venir ».

C'est d'ailleurs la déconstruction de cette représentation qui constitue le fondement du lien entre les PsyREPS et les jeunes. Ces derniers restent influencés par l'idée du psychologue pratiquant dans un cadre hermétique : « *Dans notre mode d'approche, les jeunes n'ont pas l'impression de voir le psychologue car pour eux ils associent les consultations psy à un certain cadre fermé avec le canapé etc. Mais nous on est là pour créer la demande* » (**Psychologue de rue 5**).

En effet, la demande en santé mentale chez les jeunes, public cible de la Prévention Spécialisée est loin d'aller de soi. Il faut la susciter, la rendre visible, claire. Alors même qu'un des principes de base de la Prévention Spécialisée est de proposer un accompagnement éducatif qui ne présupposerait pas de la demande.

⁶⁸ MERCUEL, Alain. « "Aller vers..." en psychiatrie et précarité : l'opposé du "voir venir..." ! ». Rhizome, 2018/2 N° 68, 2018. p.3-4.

Ici, il est vrai qu'un psychologue de rue qui fait de l'« Aller vers » en binôme avec un éducateur, ne peut être soumis à ce principe dans la mesure où il effectue un travail de rue dans le but de repérer des jeunes en proie à une problématique psychique.

Néanmoins, en fonction aussi de la spécificité des territoires, le travail de rue peut prendre moins de place. Dans les zones semi-rurales par exemple où la présence des jeunes dans l'espace public est moins marquante que dans les quartiers urbains. C'est le cas notamment de cette psychologue de rue : « *Étant sur un territoire majoritairement rural, la problématique est différente car le travail de rue ne prend que 10% de mon temps et le reste du temps j'effectue beaucoup de travail individuel autour du décrochage scolaire, des exclus etc.* » **(Psychologue de rue 7).**

À travers ce témoignage, on remarque que sur ce territoire, le travail du psychologue de rue relève très majoritairement d'une prise en compte des élèves en difficulté ou catégorisés « perturbateurs ». Il s'agit d'accompagnements individuels ciblés sur les notions de décrochage scolaire mais en lien avec le mal-être psychologique des élèves d'où le sens de l'accompagnement psychologique. Sachant que beaucoup d'élèves qui rencontrent des difficultés sont déjà orientés par le collège vers les psychologues de l'éducation nationale et/ou vers les CMP (Centres médico-psychologiques).

Le travail en binôme avec les éducateurs de Prévention Spécialisée consiste à alterner au gré des objectifs et des logiques internes organisationnelles, les temps « hors les murs » et ceux « dans les murs ». Il s'agit pour les PsyREPS d'être certes en seconde ligne du travail de rue, mais dans un souci de recherche d'un équilibre constant et efficient qui puisse optimiser les modes de prise en charge des jeunes : « *Sur le "hors les murs" et le "dans les murs" le dehors est associé à l'éducateur et le dedans au psychologue, l'enjeu est de trouver le juste équilibre, la juste place dans l'accompagnement mais aussi que le psychologue trouve sa place dans l'équipe aussi* » **(Psychologue de rue 1).**

Tout au long de l'accompagnement, le psychologue de rue continuera à faire du travail d'« Aller vers » aussi bien dans les phases d'accroche, que sur les temps d'accompagnement individuel.

III-4-3 Une proxémie de la relation entre les PsyREPS et les jeunes : la proximité situationnelle « hors les murs » comme ressource

Analyser la proximité entre les PsyREPS et les jeunes s'avère nécessaire dans le cadre de cette étude. Les jeunes sont réputés être méfiants et distants vis-à-vis des nouveaux professionnels. Le premier pas du psychologue de rue consiste à jauger cette distance afin de la neutraliser et trouver une proximité équilibrée.

La difficulté est accentuée ici par le fait que le psychologue « dans les murs » n'est pas forcément soumis traditionnellement à ce déplacement. Or, les espaces de la rue sont loin d'être adéquats à l'exercice d'une psychothérapie car « l'espace mouvant et les frontières perméables de ce milieu ne permettent pas d'établir un cadre de base propice au travail thérapeutique » (Doutrepoint, 2007 : 8).

Les psychologues développent donc des stratégies afin de trouver la bonne proximité entre eux et les jeunes. Pour cela, ils reconsidèrent leur rapport à la notion d'espace au-delà de la territorialité. Outrepasant la proximité physique, les PsyREPS commencent surtout à travailler d'abord sur le lien de confiance. La confiance est un facteur clé qui, une fois stabilisée, constitue la variable d'ajustement de la distanciation. Se rapprocher, s'éloigner, être proche ou loin semblent être des questionnements quotidiens. Une fois la relation de confiance établie, le souci de trouver la juste proximité s'amenuise en une recherche « hors les murs » de proximités situationnelles.

À partir du moment où les jeunes se familiarisent avec la présence du psychologue, ils peuvent, à plusieurs moments, faire abstraction de la fonctionnalité d'écoute clinique qu'ils lui associaient au début, et livrer des informations de manière spontanée.

La proximité situationnelle est un rapprochement de circonstance, entre deux individus partageant temporairement un espace dans le but de réaliser une action commune ou de satisfaire un besoin (covoiturage, salle d'attente etc.). Elle peut être accidentelle aussi (naufragés, sinistrés).

Dans le cas des psychologues, elle s'opère lors des trajets partagés par exemple en voiture : « *Souvent j'ai constaté que les jeunes lâchent plusieurs infos lorsqu'on est en voiture, là ils parlent vraiment et livrent même des choses qu'ils n'auraient pas mentionnées en entretien* » (**Psychologue de rue 2**).

Différentes stratégies existent chez les psychologues. L'une d'entre elles, innovante, consiste à effectuer des entretiens « hors les murs » : « *J'ai déjà effectué des entretiens dans un parc ou autour d'un verre par exemple* » (**une psychologue de rue**⁶⁹).

Cette méthode est justifiée par le fait que dans certaines circonstances, il est nécessaire de sortir du cloisonnement : « *Et puis on va marcher dans la rue. Il y a des jeunes que j'emmène au centre équestre, des jeunes filles. Cela étant, il y a des jeunes qui sont très bien dans le bureau et qui ont besoin de cet aspect très sécurisant du bureau. Ce petit cocon en fait leur espace à eux et donc j'adapte.* » (**Une psychologue de rue**).

L'important finalement pour le psychologue de rue, est de constamment rester disponible et à l'écoute active. C'est cette activation permanente de l'ouï en dehors d'un cadre hermétique qui permettrait justement au professionnel de recueillir les témoignages et informations les plus sensibles auprès des jeunes. Ces derniers, étant parfois beaucoup plus enclins à livrer l'intime dans un espace public, que dans un espace clos, car structurés par des logiques spatiales qui considèrent la rue comme un espace comme les autres où le privé trouve entièrement sa place.

⁶⁹ Le choix est fait de ne pas citer son numéro comme d'usage afin de sécuriser l'anonymisation au maximum dans la mesure où le verbatim peut être sensible

IV- REPRÉSENTATIONS ET RÉSULTATS CHEZ LES JEUNES DU TRAVAIL DES PSYREPS

VI-1 Vulnérabilité, exclusion et souffrance psychique

Les jeunes suivis en Prévention Spécialisée sont déjà confrontés à des problématiques d'exclusion et de vulnérabilité. La vulnérabilité est un spectre qui guette l'humain constamment dans la mesure où elle renvoie étymologiquement à une potentialité d'« être blessé » (SOULET, 2005 : 24)⁷⁰.

Le public jeune de la Prévention Spécialisée est exposé à 3 risques de vulnérabilité : une liée à l'appartenance à une classe d'âge de la jeunesse, encore dépendante et non-autonome ; une seconde forme de vulnérabilité liée aux risques d'exclusion sociale et de précarisation ; une troisième forme qui concerne les différentes fragilités et vulnérabilités dans les parcours individuels.

Cette typologie est d'autant plus vraie que le risque chez les jeunes de développer des problèmes de santé mentale peut intervenir à partir de ce qu'ils font de leur situation d'exclusion. Furtos avance l'hypothèse d'un sujet qui par diverses stratégies s'autoexclut de sa situation d'exclusion sociale afin de ne pas en souffrir : « (...) l'environnement est excluant, tandis que de l'autre côté le mot « auto » renvoie à la part du sujet : tout en subissant une situation d'exclusion, le sujet a la capacité d'exercer sur lui-même une activité pour s'exclure de la situation, pour ne pas en souffrir, transformant ainsi le subir en agir.

Cette activité psychique répond à l'environnement social et simultanément à l'histoire du sujet, laquelle est toujours elle-même liée à une structuration psychosociale en construction et/ou en déconstruction ; elle est une manière de reprendre ce qui a été décrit par d'autres auteurs sur le versant de la désocialisation » (FURTOS, 2011 : 12-13)⁷¹.

Ce sont entre les interstices de l'exclusion et des stratégies d'évitement des situations d'exclusion sociale, en voulant transformer le « subir » en « agir », que les jeunes vont extérioriser diverses formes de souffrance psychiques jusqu'ici invisibles. Ceci d'autant plus que chez la plupart d'entre eux dont les parents sont issus de l'immigration, subsistent « des restes » d'un stigmatisme d'« éprouvés », d'une histoire coloniale mise sous silence, qui les collectivise et ne les individualise pas (MANSOURI, 2019 :106)⁷².

⁷⁰ Soulet, Marc-Henry. « Reconsidérer la vulnérabilité ». *Empan*, 2005/4 no 60, 2005. p.24-29.

⁷¹ FURTOS, Jean. « La précarité et ses effets sur la santé mentale ». *Le Carnet PSY*, 2011/7 n° 156, 2011. p.29-34.

⁷² MANSOURI, Malika. « Fiche 8. Transmission du traumatisme colonial et adolescence ». *Le traumatisme psychique chez l'enfant*, In Press, 2019. p.105-110.

Pour toutes ces raisons, les souffrances de ces jeunes sont majoritairement de l'ordre « narcissiques » et « identitaires » et accompagnées de « conduites à risques et de troubles de la réflexivité ». C'est le cas de la majorité des jeunes en Mission Locale rencontrés par le psychologue Christis Demetriades ⁷³comme le rappelle Aurélie Lechardeur (LECHARDEUR, 2013 : 25). Le psychologue brosse leur portrait, déjà en 2002, prenant comme référence une étude du CAREPS (Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire) qui démontrait la prééminence d'un « mal-être » nettement plus important chez la population des jeunes suivis en mission locale que chez les lycéens.

Ce qui s'exprime au travers « des symptômes de déprime, de nervosité et d'envie de mourir » mais également par d'importants troubles du comportement : conduites à risque, dépendances, tentatives de suicide » (DEMETRIADES, 2002 : 136). Cette différence entre jeunes lycéens et jeunes suivis en Mission Locale atteste très fortement de l'importance de la dimension liée à l'exclusion sociale dans la prise en compte de la santé mentale.

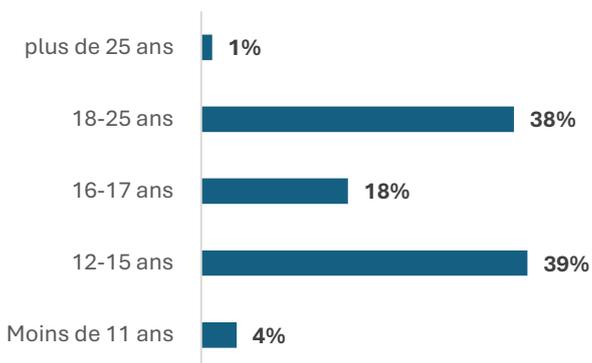
Plus succinctement, Demetriades répertorie les symptômes dont sont victimes les jeunes en question :« En matière de symptomatologie, ce public présente rarement des délires ou hallucinations, mais très fréquemment des conduites à risque, avec, en premier lieu, les tentatives de suicide, puis diverses addictions toxiques et parfois des troubles des conduites alimentaires. Il se plaint fréquemment de solitude et d'isolement, de trahisons et de déceptions répétées, a souvent des difficultés à « trouver sa place » et est en mal de groupe. Une grande part de ces jeunes est, à mon sens, en souffrance d'exclusion. » (DEMETRIADES, 2006 :63).

⁷³ Demetriades, Christis. « Insertion et soins. À partir de l'expérience des missions locales de Rhône-Alpes », Marcel Sassolas éd., Les portes du soin en psychiatrie. Érès, 2002, pp. 133-157.

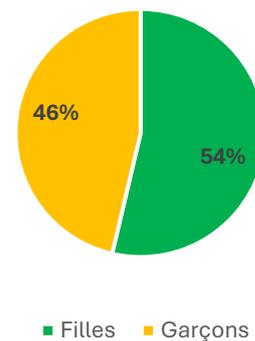
VI-2- Quelques données quantitatives des profils suivis par les PsyREPS : Djamila AOUNI

Cadre administrative et responsable de la base de données commune Départementale de l'APSN (Source : données issues de la base de données commune pour la période du 01 janvier au 30 septembre 2024 / 306 jeunes / 5 psychologues ayant rempli la base de données)

Répartition des jeunes accompagnés par tranche d'âge



Sexe des jeunes accompagnés



Genre des jeunes :

Sur l'ensemble des accompagnements menés par la Prévention Spécialisée du Nord, les garçons représentent 59% des accompagnements et les filles 41%. (Rapport 2023 ; page 19).

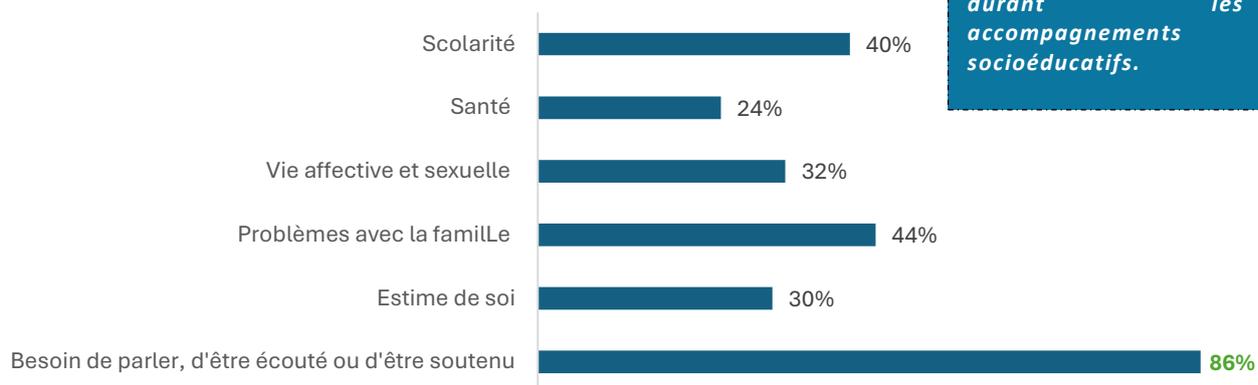
En revanche, les données relatives à l'activité des PsyREPS montrent qu'ils accompagnent davantage de filles que de garçons : 54 % de filles accompagnées.

L'âge des jeunes :

Les jeunes de 12 à 15 ans représentent 47 % de ceux accompagnés par la Prévention Spécialisée du Nord et les jeunes majeurs représentent 26% (Rapport 2023 ; page 19).

En revanche, 38% des jeunes accompagnés par les PsyREPS sont des jeunes majeurs.

Objectifs principaux travaillés



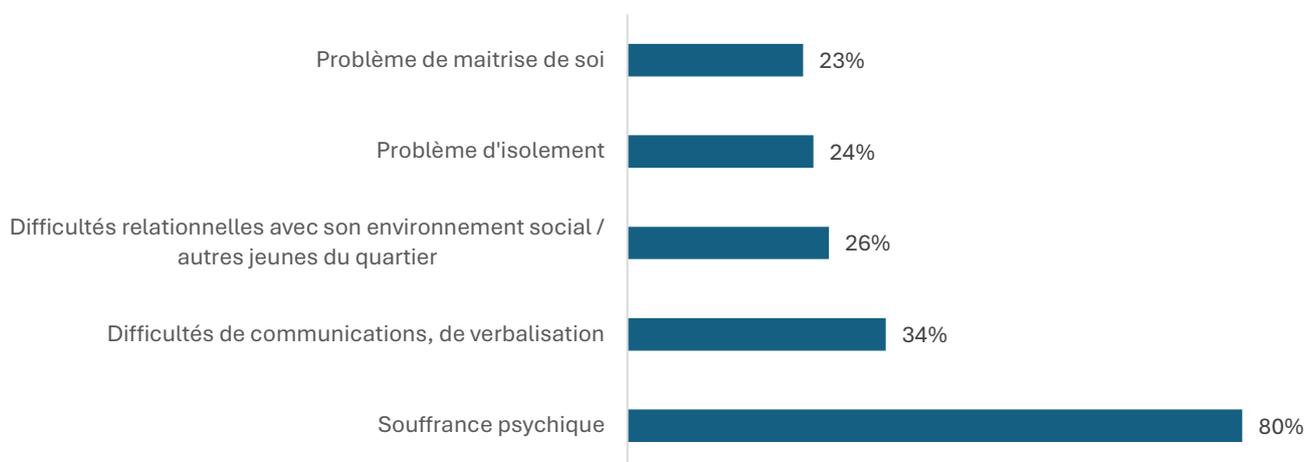
Plusieurs objectifs peuvent être travaillés durant les accompagnements socioéducatifs.

En prévention spécialisée dans le Nord, les demandes initiales liées au besoin de parler, à l'estime de soi et au soutien psychoaffectif représentent 14 % des demandes, qu'elles soient exprimées par le jeune lui-même ou identifiées par les partenaires ou les éducateurs. Ces besoins sont abordés et travaillés tout au long des accompagnements socioéducatifs réalisés par les éducateurs.

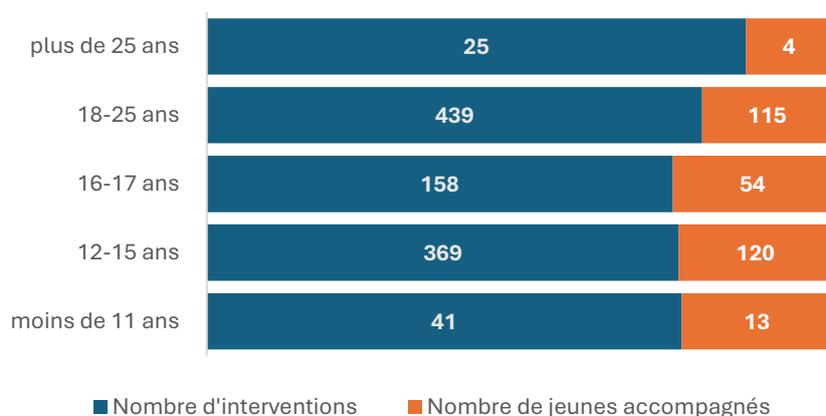
Lorsque des problèmes psychiques ou psychologiques sont identifiés, l'éducateur peut associer un psychologue de rue à l'accompagnement afin d'intervenir sur divers facteurs liés à la souffrance psychique des jeunes.

En effet, des éléments comme la scolarité, la vie affective et sexuelle, ainsi que les problèmes familiaux, ont un impact direct sur le mal-être des jeunes.

Parmi les 86 % des jeunes pour lesquels le besoin de parler, d'être écouté ou soutenu est abordé, 60 % sont en situation de mal-être. Voici les causes identifiées et travaillées.



Ce graphique illustre le nombre de séances d'accompagnement individuel par rapport au nombre de jeunes accompagnés.



VI-3 Prise en charge psychologique des jeunes par problématique : 5 parcours individuels

VI-3-1 Insertion sociale et peur de l'exclusion

Mathilde, 20 ans, milieu social « favorisé »

Le profil de Mathilde n'est pas forcément celui auquel nous pourrions penser dans le cadre des jeunes accueillis en Prévention Spécialisée. En effet, elle est issue d'un milieu relativement favorisé avec un père commercial et une mère fonctionnaire. Sa scolarité s'est normalement déroulée jusqu'à l'obtention de son baccalauréat avec la mention très bien. Si elle a été selon elle, légèrement harcelée en seconde au lycée, ses soucis sont essentiellement liés à un environnement familial problématique : ses parents n'ont pas digéré qu'elle arrête ses études supérieures et l'ont mise à la porte.

À partir de cette rupture familiale, elle découvre la précarité. Sujette à des crises d'angoisse, elle se tourne dans un premier temps vers un CMP mais les délais d'attente étant de 6 mois, elle a pu via un éducateur spécialisé, bénéficier d'un accompagnement d'une association de Prévention Spécialisée comme elle l'explique : « *J'ai subi un peu d'harcèlement au lycée, en seconde, mais c'est plutôt dans l'environnement familial que j'ai eu des problèmes : pourtant je suis issue d'un milieu favorisé où je ne manquais de rien, père commercial, mère fonctionnaire ... Pas de problème économique du coup, jusqu'à ce que j'ai été mise à la porte par mes parents après l'arrêt de mes études de communication, c'est à ce moment-là que j'ai fait appel à la Prévention Spécialisée* ».

D'abord prise en charge par un éducateur spécialisé, l'accompagnement de Mathilde nécessita à un certain stade, un suivi psychologique. C'est ainsi qu'elle fut orientée vers le psychologue de rue de l'association par l'éducateur. Contrairement à la majorité des jeunes assez réticents, au début, face aux psychologues, elle a accepté facilement le premier contact.

En effet, elle est très familière du fait de son origine sociale et des difficultés au sein de sa famille, aux psychologues qu'elle consulte depuis l'enfance.

Deux problèmes s'imbriquent dans le cas de Mathilde : des difficultés intrafamiliales qui ont toujours existées, d'où sa fréquentation des psychologues et ses nombreuses crises d'angoisse ; une précarité nouvelle à laquelle elle a dû faire face au moment de la rupture familiale et qui a nécessité un accompagnement à l'insertion.

C'est ainsi qu'à partir de sa rencontre avec l'éducateur, ce dernier va la réorienter en Mission Locale dans un premier temps et en suivi psychologique dans un second temps, tout en continuant à la suivre. Grâce à ce maillage psycho-socio-éducatif, elle a pu passer un diplôme de Conseillère d'Insertion Professionnelle, entamer des études d'éducatrice spécialisée, tout en effectuant des remplacements en travaillant notamment pour des centres sociaux et en Mission Locale.

C'est son expérience en insertion qui lui a permis de se rendre compte qu'elle s'entendait mieux avec les éducateurs que les conseillers d'insertion professionnelle. À partir de cette prise de conscience, Mathilde a pu obtenir des certitudes et concrétiser son projet professionnel.

Elle a su à partir de son expérience de jeune suivie par les structures, être résiliente au point de passer du statut d'usagère-bénéficiaire à celui d'accompagnatrice. À partir de sa rencontre avec le psychologue, un travail de stimulation permanente de son sentiment d'efficacité personnelle⁷⁴ lui permet de supplanter un schéma cognitif familial destructeur par un nouveau schéma cognitif de résilience facilité par ses expériences dans le social : « *j'ai eu en Mission Locale l'approche d'avoir été bénéficiaire et conseillère ensuite, d'être accompagnante et accompagnée en même temps et ça fait du bien. J'ai la stabilité beaucoup plus maintenant grâce à mon travail.* ».

Depuis la rentrée de septembre 2024, Mathilde exerce en qualité d'éducatrice spécialisée au sein d'une structure.

VI-3-2 Maternité juvénile

Sabrina, 20 ans, jeune maman, milieu populaire

À 20 ans déjà Sabrina se retrouve jeune maman et sans emploi, même si son inactivité semble ne pas être problématique selon elle, au contraire. : « (...) *Je ne fais rien, dans la vie et je profite.* ». Sa rencontre avec la Prévention Spécialisée s'effectue par l'intermédiaire de son grand frère. Toute la fratrie a été prise en charge par l'association.

Sa rencontre avec la psychologue de rue s'effectue à l'âge de 18 ans lorsqu'elle est enceinte : « *J'ai connu l'association avec mon frère qui venait avant depuis 2014-2016, ensuite ma sœur et moi à partir de 13 ans, ensuite on était bénévoles, on a effectué aussi du jardinage et aidé des personnes âgées.* ». Sabrina affirme avoir été suivie avant la psychologue de rue par une psychologue de la Protection Maternelle Infantile (PMI).

⁷⁴ Concept développé par le psychologue Canadien Albert Bandura

Son accouchement fut compliqué. Elle fut victime d'un syndrome de stress post-traumatique, avec des troubles anxieux, des épisodes dépressifs ainsi que d'autres symptômes (BRIEX, 2008 : 199)⁷⁵. Aujourd'hui son bébé a sept mois et elle semble enthousiaste lors qu'elle évoque sa relation avec la psychologue de rue.

Elle déclare avoir fait confiance à la professionnelle car cette dernière s'y prenait de la bonne manière avec les jeunes : « *j'ai suivi X car elle parle aux jeunes de la bonne manière, j'arrive à mieux parler à X* ».

En comparaison, elle juge la posture de son ancienne psychologue comme étant trop dans une forme d'écoute passive : « *La psy d'avant ne faisait qu'écouter et ne me donnait pas de solutions, j'avais besoin de parler mais aussi d'être aidée, avec X, on sort du RV et on est mieux, même sans RV on arrive à se parler comme ça* ».

La facilité de communication avec la psychologue de rue constitue un élément déterminant dans la relation. Traditionnellement, ce sont les éducateurs de Prévention Spécialisée qui disposent de cette compétence communicationnelle dans la mesure où ils apprivoisent plus aisément les rites et codes du milieu d'intervention.

L'adhésion de Sabrina est facilitée par l'adaptation de la psychologue de rue aux codes, rites et langages juvéniles. La disponibilité de l'offre de suivi constitue aussi un argument facilitateur de l'adhésion de la jeune fille : « *Et puis il faut attendre parfois 6 mois avec le CMP, ce qui n'est pas le cas avec X* ». L'intervention de la psychologue semble en tout cas avoir redonné de la confiance à Sabrina qui se concentre désormais sur l'éducation de son enfant.

Cette rencontre semble très opportune pour elle, et à la fin de l'entretien elle affirme que « *pas mal de jeunes auraient besoin de psy mais peu de personnes savent qu'il y a des pys de rue* ».

VI-3-3 Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Sophie 17 ans

L'entretien avec Sophie n'a pas duré longtemps. La jeune fille souffre de troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) qui sont incompatibles avec un long échange structuré. La psychologue a pris toutes les précautions nécessaires afin que les choses se déroulent convenablement, tout en préservant au maximum le secret professionnel.

Issue d'une famille nombreuse, elle est sans activité et était suivie aussi précédemment dans un Centre Médico Psychologique (CMP), mais elle finit par ne plus y aller. Sa rencontre avec la psychologue de rue s'opère à travers l'une de ses cinq sœurs qui était suivie aussi par l'association de Prévention Spécialisée.

⁷⁵ « Syndrome de stress post-traumatique en maternité ». Spirale, 2008/1 n° 45, 2008. p.199-201.

Depuis, elle affirme : « *J'ai largement senti un changement, ben vas-y ça va mieux, tout dépend de mon besoin, dès que j'ai besoin je l'appelle, si elle n'est pas disponible j'ai ma sœur. Quand je ne me sens pas bien et qu'elle n'est pas là, je frappe, je tape sur tout ce qui bouge (Rires)... Je pouvais lui envoyer des messages même le week-end (...) je préfère Y car c'est comme ma Srab (Pote, copine en argot tiré de l'arabe), elle parle comme moi, je me sens proche d'elle* ».

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce sentiment de proximité, d'identification, s'apparente à un transfert au sens Freudien. En effet, la jeune fille souffre d'un environnement familial défavorable avec une impossibilité de s'affirmer et des difficultés de communication au sein de sa famille qu'elle a évoquées lors de l'entretien (à l'exception de l'une de ses sœurs). Le plaisir qu'elle ressent à communiquer avec la psychologue semble venir combler un vrai vide.

Sophie projetterait sur la psychologue un désir enfoui dans son inconscient. La nature très affectueuse des sentiments qu'elle déplace vers sa psychologue autorise à qualifier le transfert comme étant positif.

De vrais signaux d'abréaction apparaissent dans ce lien, ce qui pourrait contribuer au processus de rémission de Sophie car, selon Freud, le transfert peut constituer aussi une des conditions de la guérison chez le patient.

Néanmoins, cette ressource peut aussi constituer un danger. En effet, si le suivi devait pour une quelconque raison s'arrêter alors que Sophie a encore des symptômes, il est très probable qu'une aggravation de son cas puisse intervenir.

VI-3-4 Harcèlement scolaire et cyberharcèlement

Gwendal 15 ans : victime d'harcèlement scolaire

Cela fait déjà 2 ans que Gwendal ne va plus au collège à la suite de situations d'harcèlement aussi bien sur les réseaux sociaux qu'au collège. Elle est suivie depuis par une psychologue de rue d'une équipe de Prévention Spécialisée.

Dans le cadre de cette action-recherche, la jeune fille et ses parents ont accepté que la psychologue introduise le sociologue chez eux afin d'effectuer un entretien avec elle.

Gwendal, rassurée par la présence de la psychologue de rue (qui intervient de temps en temps lors de l'entretien) accepte que l'entretien soit enregistré et commence à retracer le film des choses : « *Le harcèlement, c'était à l'école et sur les réseaux sociaux, c'était sur Snap, ça me rajoutait dans des groupes pour m'insulter en fait et parfois ça ajoutait les frères, les sœurs qui m'insultaient aussi. À l'école, c'étaient des rumeurs sur moi comme quoi j'avais mal parlé, que j'étais méchante et tout. Dès que je passais devant eux ils m'insultaient, du coup je me cachais dans les toilettes pendant la récré. Et ça me faisait tellement mal que je restais à la maison finalement* ».

Le cyberharcèlement chez les jeunes ne peut être saisi en dissociant le harcèlement en ligne de celui physique qui se déroule dans la cour de récréation, dans la mesure où les deux processus sont intrinsèquement liés (NIANG, NAGEM, 2018) ⁷⁶.

Dans le cas de Gwendal, la déscolarisation définitive intervient à partir du moment où elle prend conscience de son impuissance face à la viralité des rumeurs que l'on diffusait sur elle. Très vite elle ne trouve pas sa place dans cette « altérité virale » ⁷⁷ (GOZLAN, 2018 : 169) qui la dépasse et à travers laquelle, elle ne se sent plus exister et commence à culpabiliser et se replier sur elle : « Au début je pensais que c'était de ma faute, mais une fois que j'ai changé d'établissement, et que ça a continué, ils rentraient chez eux et continuaient de m'insulter, et là je me suis dit qu'en fait ils étaient fan de moi en fait et au final je n'avais pas tort parce que 2 ans après ils sont tous venus me parler et tout parce que la cheffe elle a déménagé et moi sur Tik Tok et Snap je leurs disais qu'en fait je ne voulais pas leur parler ».

Néanmoins, avant cette prise de conscience, elle effectue la démarche afin de pouvoir retourner à l'école, de contacter l'association de Prévention Spécialisée qui officie dans sa commune. C'est ainsi qu'en plus d'un éducateur spécialisé, la psychologue de rue commence à la suivre. La jeune fille décrit le moment de la rencontre en réexpliquant toute la douleur qui l'accompagna durant cette période :

« En fait ils minimisent trop ce qu'ils m'ont fait en fait, moi ça m'a marqué, mais eux non ils minimisent genre c'est rigoler quoi, elle a dit « ouais ce n'est rien on rigolait ». Quand une de mes anciennes harceleuses m'a envoyé un message, je lui ai parlé et j'ai eu des explications et comme pour elle ce n'était rien, je me suis dit qu'ils n'en valaient pas la peine et à partir de là j'ai décidé de retourner à l'école et tout. Je suis allée à l'association et j'ai pu rencontrer la psychologue (elle le nomme par son prénom), après c'est compliqué quand même, car juste le fait de me retrouver avec des gens et tout qui m'ont harcelée et que je connais depuis la maternelle et le primaire, ça fait mal. Le fait qu'elles viennent me parler m'a aidé quand même car je me suis dit que je ne vais pas me prendre la tête avec des gens bêtes quoi. »

À la suite de cette rencontre, la psychologue accompagne la demande sous l'angle urgent de la rescolarisation de Gwendal, l'idée consiste à aider la victime à parvenir à retourner au collège.

Pour cela, il était nécessaire d'élaborer une méthode qui puisse graduellement lui faire parvenir à cet objectif tout en préservant sa forte fragilité. La psychologue explique que Gwendal ne sortait plus, avait des troubles alimentaires, ne se lavait presque plus.

Elle m'explique devant elle que là elle est contente de la trouver chez elle bien apprêtée et même maquillée. Gwendal acquiesce et il se dégage une vraie confiance et une certaine complicité. Il semblerait que le suivi eut un réel impact sur l'état de la jeune fille.

⁷⁶ Pape Momar Niang et Rasha Nagem, « Les cyberviolences genrées, sexistes et sexuelles chez les jeunes », *Terminal* [En ligne], 123 | 2018, mis en ligne le 31 décembre 2018

⁷⁷ GOZLAN A., « Quand l'altérité devient virale : exemple du cyberbullying », *Savoirs et clinique*, vol. 24, no. 1, 2018, pp. 165-173.

La psychologue prend la parole à son tour : « *Je lui ai expliqué que c'était compliqué de rester à la maison et tout avec l'obligation scolaire jusqu'à 16 ans, qu'elle risquait des punitions et tout. Je lui ai proposé que l'on y aille tout doucement, on s'est fait des objectifs, des Levels 1- 2- 3. Au début on se garait juste devant le parking, après on allait devant, après dans la cour et après 1 h dans la classe (La psychologue ne reste que 5mn, dans la classe). La difficulté est que quand on est là c'est plus simple car il y a l'éduc aussi. Mais quand on se retire, j'ai l'impression que c'est plus compliqué.* » Effectivement, la difficulté majeure pour Gwendal était surtout de traverser les espaces menant à la salle de classe toute seule.

Alors la psychologue essaya d'effectuer avec elle d'autres activités : « *On a fait des randonnées ensemble, un séjour dans les Vosges pendant 5 jours, et cela nous a permis de créer du lien en dehors du cadre professionnel.* » (**Psychologue de rue 7**). Le but consistait à réconcilier Gwendal avec le monde extérieur, rompre avec l'immobilisme et l'inertie inhérents à son harcèlement, afin de parvenir à renouer avec le dehors. La psychologue parallèlement effectue des entretiens avec elle, rencontre régulièrement la mère et même le père.

La maman est parfois pleinement associée aux entretiens d'ailleurs. Finalement Gwendal finit par avoir pleinement confiance en la psychologue et valorise pleinement le travail ainsi que la nature de leur relation : « *Contrairement à d'autres psychologues elle n'est pas genre juste professionnelle, pas comme si je lui parlais en entretien d'embauche, c'est comme une grande cousine qui m'aide, je peux lui demander des conseils et tout. Et puis c'est mieux quand c'est une jeune car les autres psychologues, elles sont vieilles, c'est une copine on va dire.* ».

En opérant un déplacement de la nature de la relation professionnelle concrètement, du domaine professionnel vers le domaine privé, Gwendal semble combler un vide laissé par la perte de ses amis. La psychologue loin d'être frileuse à cette idée, la traite avec prudence comme une ressource : « *Tous les psychologues ne sont pas d'accord, car justement on nous apprend de ne pas montrer ce côté humain car on risque de briser quelque chose qu'on ne pourrait pas réparer par la suite. Mais j'ai l'impression qu'avec elle, on peut créer une relation thérapeutique tout en ayant un lien humain. On a commencé par déconner et ensuite on a parlé psycho.* » (**Psychologue de rue 7**).

Finalement, hasard ou pas, le lendemain de notre rencontre, Gwendal devait pour la première fois depuis les faits, retourner enfin toute seule au collège. Elle n'y retournera pas et finira par décider d'abandonner sa scolarisation pour un projet de formation. Le fait d'aller sur ses 16 ans l'année d'après pouvant lui permettre en effet de se soustraire à l'obligation scolaire.

Le suivi psychologique dont elle a bénéficié, s'il ne lui a pas permis de se rescolariser, a pu la maintenir à flot, et la réconcilier en grande partie avec elle-même jusqu'à élaborer son projet de formation.

VI-3-5 Conduites à risque et addictions

Dylan, 21 ans

Dylan a eu un parcours complexe fait de plusieurs ruptures et de déménagements. Aujourd'hui, il réside dans la même commune depuis 10 ans et y est suivi par une association spécialisée depuis son arrivée : *« J'ai un parcours compliqué et très difficile, j'essaie de tout faire pour m'en sortir, j'ai grandi un peu partout dans plusieurs villes car on a beaucoup déménagé, j'ai fait Libercourt, Douai, Roubaix, et ça fait 10 ans que j'habite ici maintenant ».*

Le jeune homme est familier des psychologues qu'il rencontre depuis l'âge de 8 ans. Il a eu une carrière de patient en psychologie mais aussi en psychiatrie. Ceci à la suite d'un psychotraumatisme lié à des ennuis de santé de ses parents qui ont failli leur coûter la vie. À la suite de ces nombreuses complications, il a été en proie à des comportements à risque : addiction au cannabis, comportements délictuels. Il décrit son parcours de suivi ainsi :

« Depuis que j'ai 8 ans je rencontre des psys, pour des troubles du comportement et depuis, c'est des psychiatres, des psys, j'étais petit et je m'en foutais un peu quoi, ce n'était pas mon délire, ça a continué jusqu'à mes 12-13 ans, après je me suis arrêté et là j'ai repris il y a 7- 8 mois. J'ai arrêté, car je voulais me concentrer sur moi sans passer par quelqu'un en fait et finalement je me suis rendu compte que c'était aussi important de parler à quelqu'un en fait ».

À la suite de cette prise de conscience, il rencontre la psychologue de rue par l'intermédiaire des éducateurs qui le connaissent depuis son arrivée dans la commune : *« Au début, on m'a présenté à Z et je ne suis pas difficile moi en général et ai accepté de lui parler, le fait de lui parler m'avait un peu aidé, et là j'ai des choses que je dois guérir entre guillemets ».*

La principale demande de Dylan concernait son traumatisme qu'il explique en ces termes : *« J'avais eu des soucis au niveau de la santé de mes parents, je les ai vu mourir « entre guillemets » devant mes yeux en l'espace de quelques temps, j'avais développé une peur des crises cardiaques surtout au moment d'aller dormir et tous les soirs pendant 3 jours je n'arrivais plus à dormir, j'étais vraiment en sueur et en panique, j'essayais justement de tester de nouvelles choses : comme faire du sport etc. Et ça m'a débloqué les choses, c'est surtout la boxe qui m'a débloqué cette peur ».*

À partir de cette pratique de la boxe, il a commencé à alterner des moments de sevrage, évoquant vaguement diverses addictions. Aujourd'hui, il dit avoir définitivement arrêté de fumer du cannabis.

L'intervention de la psychologue fut délicate dans la mesure où les problématiques addictives sont souvent prises en charge dans des CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et/ou des CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues), et que les professionnels de la Prévention Spécialisée ne disposent pas forcément de compétences en addictologie.

Subsiste alors la difficulté de suivre ces profils lorsqu'ils refusent d'autres accompagnements. D'autre part, l'intervention de la psychologue s'est avérée plus complexe dans le cas de Dylan. Le jeune homme est suivi par les éducateurs depuis son enfance et un sentiment de lassitude a

fini par s'installer au niveau de l'équipe : « Cela fait 10 ans qu'on l'a dans les pattes quand même, au bout d'un moment c'est fatiguant parce qu'il n'avance pas et nous a beaucoup plantés lorsque l'on mettait des choses en place pour lui » (**Éducateur de rue 2**).

Ce cas de figure serait fréquent et concernerait surtout les jeunes hommes majeurs et consommateurs de drogues. Didier FASSIN l'explique parfaitement à travers les résultats d'une enquête d'observation d'un dispositif psychologique.

Comparant Laurent et Rahmane, deux jeunes aux profils différents, il explique que le premier est discriminé par les éducateurs car en proie aux drogues et addictions et « jugé mythomane donc pas crédible », contrairement au second considéré comme étant un « bon client ».

Selon lui, les éducateurs différencient les profils selon « des bonnes souffrances » et des « mauvaises souffrances » (FASSIN, 2004 : 98-99). Dylan serait donc si l'on poursuit l'analogie, un « mauvais client » dont on voudrait se séparer selon le principe de « la patate chaude » (DEMETRIADES, 2006 : 65), connu en travail social. C'est la raison pour laquelle l'arrivée de la psychologue de rue au sein de l'équipe constitue aussi bien pour les éducateurs que pour Dylan un effet d'opportunité. La « patate chaude » dans ce cas de figure continue d'être accompagnée en interne.

L'apport d'une nouvelle professionnelle dans l'équipe, à fortiori psychologue, peut dans ces cas de figure permettre de désamorcer le blocage en insufflant une nouvelle dynamique dans l'accompagnement.

C'est ce qui a permis à Dylan de rebondir d'autant plus qu'il semble apprécier énormément la professionnelle : *« J'ai vu beaucoup de psy et psychiatres et c'est toujours le même discours qu'ils nous servaient et tout et ça me rend fou (...) Elle est cool, elle a la même mentalité que nous, elle dit ce qu'elle pense et n'a pas besoin de passer par mille chemins et c'est bien, moi c'est ce que je n'aime pas chez les gens et le psy en particulier, il faut dire les choses, même quand ça fait mal »*. Selon lui, elle l'a vraiment aidé à avoir une autre vision. De façon surprenante, Dylan termine l'entretien en scandant : *« pour la première fois de ma vie en ce moment je peux dire que je suis heureux on va dire »*.

NATURE DES PROBLÉMATIQUES PSYCHIQUES PRISES EN CHARGE

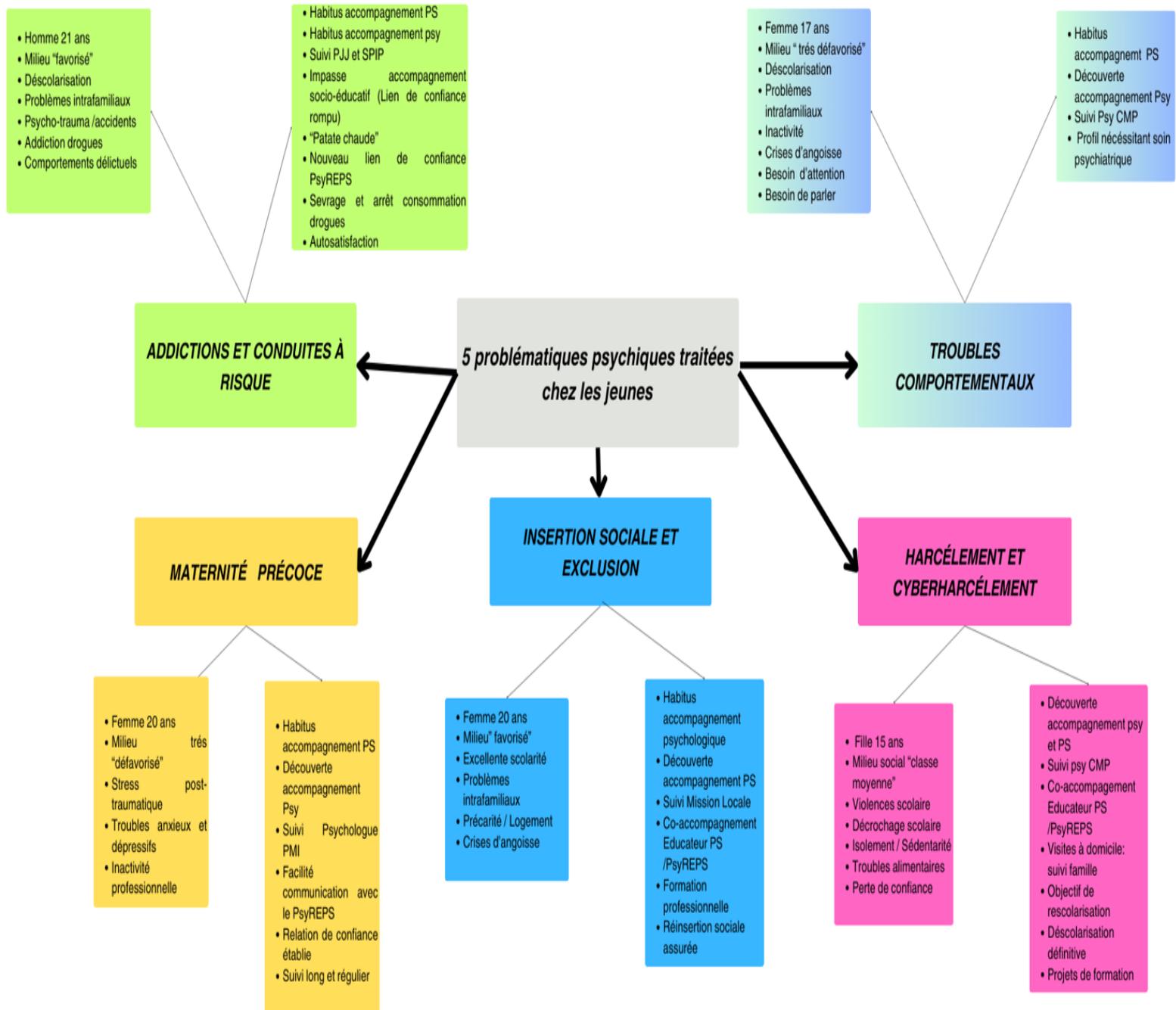


Figure 6 Exemple de problématiques psychiques traitées

VI-4 Cas pratiques de prise en charge du psychotraumatisme

Le psychotraumatisme selon la DSM4 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition) renvoie à deux caractéristiques qui se dégagent : d'abord « la personne a vécu, a été témoin, ou a été confrontée à un événement ou des événements qui impliquaient un risque de mort ou de blessure sérieuse, ou une menace pour l'intégrité physique de soi-même ou d'un autre » ; ensuite l'individu est dépourvu de réponses autres que d'une « peur intense, d'un sentiment d'impuissance ou d'horreur ».

Il s'agit d'une surcharge de violence que l'individu n'arrive pas à supporter, et qui rompt son équilibre psychique⁷⁸ (DOUVILLE, 2023 : 65). Dans cette partie, nous traiterons de 2 situations pratiques de prise en charge du psycho-traumatisme par une psychologue de rue dont nous préserverons l'anonymat bien sûr. Les noms des jeunes concernés ont été aussi modifiés. La première situation renvoie à une agression sexuelle ; la seconde au deuil et aux violences intrafamiliales.

Il est important de démontrer comment de manière pratique les PsyREPS se retrouvent-ils à prendre en charge les situations urgentes liées aux psycho-traumatismes des jeunes suivis en Prévention Spécialisée.

Cas 1 : Amélie victime d'agression sexuelle/ Psychologue de rue

J'ai travaillé avec Amélie qui fut victime d'agression sexuelle dans un *Laser Game*. L'idée était de déconstruire les choses en retournant dans le *Laser Game* car elle ne voulait pas y remettre les pieds. J'ai essayé de déconstruire ça parce qu'au début elle ne voulait pas y retourner, et surtout seule. On y est retournés ensemble avec sa sœur et avons vécu les choses émotionnellement toutes les trois. C'est quelqu'un qui garde tout donc, au début elle s'est mise dans son coin et par la suite j'ai pu rediscuter avec elle. Il y avait sa sœur, donc elle se rendait bien compte que ça n'allait pas. Je lui ai demandé si cela allait, elle m'a dit oui de la tête, elle ne parlait pas et j'ai posé ma main sur son épaule et là elle s'est effondrée. Je pense que justement en fait, elle avait besoin d'un contact aussi pour aller mieux. Par la suite donc on en a rediscuté à deux par message et je lui ai dit que la prochaine fois si elle ne voulait pas y retourner elle avait le choix et que je n'étais pas là pour qu'elle le subisse comme une violence. On y est retournés avec un groupe *secure* composé de gens qu'elle voulait qu'ils soient autour d'elle, ses amis proches au cas où cela se passait mal. Je lui ai quand même conseillé de rester avec moi et d'éviter d'aller un peu partout comme lors de la première fois que l'on y est allés. Donc je n'étais jamais très loin et elle est restée tout le temps avec moi. On en pu en reparler en entretien et elle m'a dit que la seconde fois cela s'était beaucoup mieux passé. Je lui avais dit que si ça n'allait pas elle pouvait sortir et qu'elle pouvait me le souffler à l'oreille et sortir discrètement si elle avait peur de se « taper la honte ». On était dans le noir et tout le monde était concentré à tirer sur les autres. J'ai même eu l'impression qu'elle a pris du plaisir. Par la suite on a continué à travailler en entretien et au fur et à mesure elle allait mieux.

À l'instar des mineurs victimes de viol et d'agression sexuelle, Amélie a été atteinte de dissociation traumatique. En effet, à la suite de l'agression, elle a été dans une position passive sans solution et surtout détachée de ses émotions.

⁷⁸ DOUVILLE, Olivier. « Remarques sur l'exil traumatique à l'épreuve du "hors-lieu" ». *Le Coq-héron*, 2023/3 N° 254, 2023. p.57-69.

La dissociation traumatique est définie comme étant « due à un mécanisme neurobiologique de sauvegarde exceptionnel mis en place par le cerveau de la victime pour survivre à un stress extrême »⁷⁹. À la suite de la violence subie, Amélie a été dans un profond état de sidération qui a paralysé ses « fonctions mentales supérieures »⁸⁰ et brouillé en même temps ses capacités de réponse émotionnelle.

Elle se retrouve alors dans la même situation que le sujet décrit par la psychiatre Muriel Salmona⁸¹ : « L'enfant se retrouve alors déconnecté de ses émotions et du stress. Subitement, il bascule dans une situation où tout lui paraît irréel, extérieur à lui-même, comme s'il était spectateur des événements : il est anesthésié émotionnellement et physiquement, et semble tout supporter.

Cette dissociation traumatique perdure chez l'enfant tant qu'il est confronté aux personnes qui lui font subir des violences, ou au contexte, ou à une profonde incompréhension de ce qu'il vécut. » (SALMONA, 2018 : 71).

Dans le cas d'Amélie, la disponibilité immédiate de l'offre d'écoute et de prise en compte psychologique par la psychologue de rue est cruciale. Elle a contribué à accompagner le processus de réparation de « l'effraction psychique initiale » qui produit une « panne psychique » rendant « le cerveau incapable de contrôler la réponse émotionnelle, ce qui est à l'origine du stress dépassé, du survoltage, de la disjonction, puis de l'installation d'une dissociation et d'une mémoire traumatique »⁸² (SALMONA, 2018 : 84).

Afin d'éviter l'installation chronique de cette dissociation traumatique, la psychologue de rue avec le consentement d'Amélie a décidé de travailler sur une déconstruction du lien entre la jeune fille et le contexte de l'événement traumatique en l'occurrence le *Laser Game*.

Étant donné le risque pour la jeune fille de rester confrontée sans réponse à l'environnement où s'est déroulé l'évènement, et donc de voir son état s'empirer, la psychologue n'étant pas sûre de pouvoir mener une thérapie longue à cause des raisons évoquées déjà dans ce rapport, a opté pour cette solution qui a porté ses fruits dans un premier temps.

En associant de nouveau le *Laser Game* à sa fonctionnalité primaire ludique et non au viol qu'elle a subi (Reprendre du plaisir à y jouer en groupe, y rire), la jeune fille semble commencer à développer des capacités de résilience. Néanmoins, elle a besoin d'un suivi dans le cadre d'une thérapie longue et solide.

⁷⁹ Association Mémoire Traumatique et Victimologie <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/dissociation-traumatique.html>

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ Psychiatre et Fondatrice de l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie

⁸² Salmona, M. (2018) . La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. Les Cahiers de la Justice, N° 1(1), 69-87. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1801.0069>.

Par la suite, la psychologue de rue a continué à aller dans ce sens afin de parvenir au mieux à l'abréaction d'Amélie, et dans le pire des cas éviter que l'encastrement du traumatisme dans son inconscient puisse continuellement favoriser un « état de sidération », « de répétition » et empêcher justement l'abréaction ⁸³ (PETIT-CAPIOMONT, 2017 : 95).

Cas 2 : Traumatisme lié au deuil et aux violences intrafamiliales/ Psychologue de rue

Sofiane s'est effondré une fois parce que c'était l'anniversaire de la mort de son grand-père. Il en a parlé à sa copine qui, par la suite, m'a informé. Nous avons avec un éducateur reçu Sofiane avec sa copine et un autre jeune dans la camionnette de l'association avec laquelle mon collègue va chercher les jeunes. On est restés dans la camionnette et là c'est parti un peu comme un groupe de parole parce que tous les trois avaient vécu un deuil et sa copine voulait aussi me parler de son deuil à ce moment-là. L'avantage est que dans ces cas-là je suis disponible de suite et à l'écoute, ce qui les motive à se dire que « la psy est là donc on peut lâcher les choses ». Cela aurait été différent s'ils devaient appeler une secrétaire et prendre rendez-vous, trouver une date lointaine etc. Je crois qu'on a bien passé 45 minutes dans la camionnette à discuter et cela a été bénéfique pour les trois. Là aussi, j'ai continué à travailler avec eux dans le cadre d'entretiens sur leurs traumatismes liés au deuil. Un partenaire met aussi à notre disposition un bus qui est aménagé avec un ring de boxe, avec l'éducateur sportif (qui possède le bus) qui y dispense des cours de boxe aux jeunes. Cela leur permet d'extérioriser leurs émotions et leurs colères et de se canaliser surtout pour ceux qui ont été victimes de violences intrafamiliales . Mais aussi ceux qui n'arrivent pas à extérioriser leurs émotions de manière adaptées, avec des troubles du comportement par exemple. J'observe souvent les séances, prends note et repars avec des idées de suivi pour ces jeunes.

Le groupe de parole improvisé a semblé dans le cas de Sofiane être bénéfique dans la mesure où au travers du partage d'expériences autour du deuil, cela a facilité la prise de recul afin de déconstruire l'évènement. Les effets traumatiques du deuil peuvent mener à des complications.

Dans le cas, des jeunes accueillis en Prévention Spécialisée, ce deuil peut amplifier des situations déjà psychologiquement complexes surtout lorsqu'il s'agit de troubles liés à l'attachement, aux crises d'angoisse, à l'isolement : *« L'angoisse de séparation est aussi présente, avec une dimension de manque très importante et un vécu de nostalgie douloureux, impossible à dépasser. La disparition du proche est aussi vécue comme une perte de soi avec un véritable écroulement narcissique. Le sujet perd ainsi confiance dans le monde, s'isole, et est dans l'incapacité de reprendre le cours normal de son existence et de réinvestir autrui »* ⁸⁴(CHAHRAOUI : 2023 : 107).

Il est donc très important de ne pas minimiser, ni négliger les effets de la perte d'un être cher chez les jeunes suivis par les PsyREPS en Prévention Spécialisée.

⁸³ PETIT-CAPIOMONT, Ghislaine et al. « Prise en charge du traumatisme chez l'enfant et l'adolescent. La psychothérapie d'Anna en post-traumatique ». *Enfances & Psy*, 2017/2 N° 74, 2017. p.92-101.

⁸⁴ Chahraoui, K. (2023) . Chapitre 5. Deuil traumatique, syndrome psychotraumatique et rituels de deuil. 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme. (p. 103 -125).

En ce qui concerne les violences intrafamiliales, la posture de la psychologue s'inscrit dans une co-prise en charge avec un éducateur socio-sportif. Elle se met en retrait lors des séances de boxe proposés dans le bus dédié, observe les jeunes concernés et leur comportement (Les combats de boxe ne sont pas autorisés, les exercices se limitent surtout à un apprentissage des rudiments de la boxe et les coups de poings surtout destinés au sac), et prend en compte ces séances dans ses suivis individualisés.

Cette méthode ressemble à une autre démarche initiée dans une autre Association de Prévention Spécialisée. Dans le cadre du dispositif « *Box Happy* » initié par le FCP (Prévention Culture Formation), un psychologue et un éducateur sportif associent leurs compétences afin de permettre à des jeunes en proie à des difficultés intrafamiliales et scolaires de réfléchir aux difficultés relationnelles rencontrées. Les séances se déroulent avec les membres de la famille, et les premières expérimentations évaluées par l'APSN témoignent d'un outil thérapeutique de médiation familiale efficace.

Prendre en compte les psychotraumatismes nécessite une certaine prudence et de délimiter ce qui relève du « trauma » et ce qui n'en découle pas. Sur ce point précis, le choix des PsyREPS consiste à rester fidèle au principe de la Prévention Spécialisée et donc de partir de la demande du jeune. Cela évite le piège qui consiste à vouloir trouver du « trauma » dans toutes les situations des jeunes, et de ne se focaliser que sur ce point : « *Je ne peux pas forcément me fixer que sur du trauma car cela peut arriver que des jeunes soient cernés de traumatismes mais que finalement leurs discours soient plus orientés sur l'identité ou sur un point dépressif, ou sur autre chose. Dans ces cas-là, même s'il y a du trauma, on ne va pas forcément se fixer là-dessus* » **(Psychologue de rue 4)**.

Cette assertion ne signifie pas du tout que les psychologues ignorent le « trauma » dès lors où il n'est pas évoqué explicitement par le jeune, ou qu'il se manifeste par des troubles comme dans les deux cas évoqués plus haut.

Le travail de la rencontre consiste à partir de la demande ou la non-demande du jeune tout en prenant en compte dans une visée systémique la famille et les proches, « *l'impact des traumatismes de l'enfance, sur le trouble de la personnalité antisociale et sur la perturbation identitaire est très présent chez les jeunes que l'on suit* » **(Psychologue de rue 6)**.

Le trouble identitaire en question se manifeste chez des jeunes des quartiers populaires dits parfois « issus de l'immigration ». C'est une forme de traumatisme qui ne donne pas son nom du fait qu'il est collectif et renvoie à l'identité d'un groupe qui, du fait de la « transmission d'un traumatisme colonial », est dans ce que Malika Mansouri désigne comme étant « une impossible historicisation individuelle » qui se manifeste par la « transmission générationnelle » de « restes » qui configure une figure d'« éprouvé » (MANSOURI, 2019 : 106)⁸⁵. Selon elle, les émeutes par exemple en constituent un des symptômes (MANSOURI, 2019 : 109).

⁸⁵ MANSOURI, Malika. « Fiche 8. Transmission du traumatisme colonial et adolescence ». Le traumatisme psychique chez l'enfant, In Press, 2019. p.105-110.

CONCLUSION : RECOMMANDATIONS ET PRÉCONISATIONS

L'arrivée des PsyREPS dans le champ de la Prévention Spécialisée constitue une approche disruptive. Leur intégration au sein des équipes socio-éducatives comporte en effet des enjeux révolutionnaires dans la mesure où elle préfigure des recompositions professionnelles qui s'opèrent entre les interstices des différents enjeux de la prise en charge des jeunes qui sont en souffrance psychique. C'est ainsi que leur identité professionnelle encore embryonnaire demeure en gestation dans des espaces offerts par une forte demande croissante de prise en charge de la santé mentale des jeunes, mais aussi dans la nature de la relation qui les lie aux éducateurs de rue.

La relation transculturelle permet à ces derniers et aux PsyREPS de parvenir dans leurs pratiques à tisser des liens « transprofessionnels ». Ils collaborent mutuellement en coconstruisant quelque chose de nouveau, tout en respectant leurs compétences respectives. Un bémol pourrait être apporté à la « transprofessionnalité » : les PsyREPS en faisant du travail de rue acquièrent une compétence spécifique des éducateurs en plus des leurs. Cependant, ce travail de rue s'effectue toujours en binôme et avec l'éducateur dont cela reste la compétence principale.

La « transprofessionnalité » permet d'éviter un glissement du socio-éducatif vers le psychologique et vice versa. Elle permet aussi à la Prévention Spécialisée d'enrichir ses domaines de compétence tout en restant fidèle à ses principes.

Au-delà de ce premier enjeu, se préfigure un second impératif qui renvoie à la pérennisation des postes. Elle permet de sécuriser aussi bien les psychologues sur le plan individuel socio-professionnel que de consolider les dispositifs qu'ils mettent en place en faveur des jeunes.

Les incertitudes liées à l'avenir de l'emploi sont incompatibles avec la temporalité nécessaire pour créer une alliance thérapeutique et une relation de confiance, ce qui est indispensable pour commencer un travail avec le jeune ou pour l'amener à être orienté vers le droit commun.

De même qu'il existe un vrai risque d'effets pervers : en faisant accompagner des jeunes souffrant psychologiquement par des professionnels disposant de contrats précaires, on risque aussi de réactiver certains de leurs vécus abandonniques dès lors où le suivi s'arrêterait.

Pour toutes ces raisons nous formulons la recommandation suivante :

La pérennisation des postes de psychologue de rue en Prévention Spécialisée (PsyREPS) constitue un impératif. Elle permet d'inscrire leur action dans la durée afin de garantir une prise en charge efficace et non contreproductive des jeunes. Le rôle des agences régionales de santé (ARS) dans les perspectives de financement pourrait-être envisagé.

D'importantes contraintes spatio-temporelles s'érigent face aux PsyREPS dans l'exercice de leurs missions. Il s'agit de l'articulation qu'ils doivent effectuer entre des modes de prise en charge « hors les murs » et « dans les murs ». Face à l'absence de cadre méthodologique formel, les professionnels se trouvent dans l'obligation de faire appel de façon innovante à des méthodes et techniques tirées de la psychologie. L'étude démontre largement que ces méthodes sont opérationnelles et permettent à ce stade, d'asseoir la légitimité des pratiques professionnelles.

Une seconde recommandation s'est donc imposée :

Il est nécessaire dans le cadre de groupes d'analyses de pratiques (GAP) de capitaliser ces expériences méthodologiques, afin de parvenir à l'élaboration d'un corpus solide, sorte de guide méthodologique du psychologue de rue.

Enfin, il est clair que l'arrivée des PsyREPS permet à la Prévention Spécialisée de pouvoir désormais traiter en interne, la question de la santé mentale des jeunes. Cela constitue un élargissement décisif de son champ de compétences surtout dans un contexte d'explosion des cas de souffrance psychique des jeunes. L'offre socio-éducative évolue vers une offre psycho-socio-éducative beaucoup plus large.

L'action-recherche démontre à partir de plusieurs cas de figure, les effets positifs chez les jeunes suivis par les psychologues de rue. Leurs interventions combinées à celle des éducateurs, permettent d'infléchir des trajectoires fragilisées par des affections cérébrales non traitées.

Les équipes de Prévention Spécialisée doivent permettre aux PsyREPS d'avoir aussi la possibilité d'effectuer du suivi long « dans les murs » en disposant d'un local dédié. Cela leur permettrait aussi de pouvoir effectuer sereinement des thérapies .

À ces trois recommandations, nous pouvons rajouter :

- ***L'harmonisation concertée entre différentes associations, des fiches de poste à l'échelle Départementale. Cette harmonisation peut dans un premier temps être partielle en tenant en compte certaines particularités territoriales.***
- ***L'élaboration de liens avec les formations universitaires et du travail social, afin d'offrir des espaces pour penser la psychologie de rue aussi bien pour les étudiants de psychologies que pour ceux des écoles du travail social. Le but à court terme étant de créer des modules de formation au métier de psychologue de rue en Prévention Spécialisée.***
- ***La consolidation des liens avec les partenaires hors Prévention Spécialisée : ceci à travers l'élaboration au niveau Départemental d'un plan d'action commun identifiant de solides leviers de partenariats avec l'Éducation Nationale, les structures d'aide médico-***

psychologique, et les autres structures socio-sanitaires. Une participation des PsyREPS aux CLSM (Conseil Locaux De Santé Mentale) pourrait être envisagée.

BIBLIOGRAPHIE

- Auger, Fanny. « Place du travail éducatif dans le système public français de psychiatrie infanto-juvénile », *Empan*, vol. 130, no. 2, 2023, pp. 111-113.
- Aurélié Lechardeur, « Expérimentation d'une pratique de « psychologue de rue » dans un service de Prévention Spécialisée », *Canal Psy*, 105 | 2013, 24-27.
- Borgy, Jacques. « Les psychologues et le secret professionnel qu'en est-il en 2024 ? ». *Psychologues et Psychologies*, 2024/4 N° 292, 2024. p.023-028.
- Bresson, Maryse. « Le travailleur non titulaire dans la fonction publique : une figure emblématique des marges de l'emploi ». *Revue Française de Socio-Économie*, 2016/2 n° 17, 2016. p.65-83.
- Castillo, M.-C. (2021). L'écoute dans les contextes cliniques : entre art et technique. *Rhizome*, 1, (79), 5-6.
- Chahraoui, K. (2023). Chapitre 5. Deuil traumatique, syndrome psychotraumatique et rituels de deuil. 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme. (p. 103 -125).
- Chartier, Jean-Pierre. « De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité ». *Cliniques*, 2012/1 N° 3, 2012. p.96-114.
- Corey, G. (2016). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. (10th ed., pp. 50-80). Cengage Learning.
- Corey, Gerald. (2016). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. (10th ed., pp. 170-200) Cengage Learning.
- Daadouch, Christophe. et Puech, Laurent. Le partage d'informations sociales : Entre droit et éthique. Rennes, Presses de l'EHESP. « Politiques et interventions sociales », (2024)
- Delion, P. (2011). Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne : Introduction à la psychothérapie institutionnelle. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.delio.2011.02>
- Delion, P. (2022). Les concepts-clés. Dans P. Delion, Oury, donc : Questions de psychiatrie (pp. 131-154). Toulouse : Érès.
- Demetriades, Christis. « Du soin psychique des jeunes en souffrance d'exclusion », *Le Journal des psychologues*, vol. 238, no. 5, 2006, pp. 63-67.
- Demetriades, Christis. « Insertion et soins. À partir de l'expérience des missions locales de Rhône-Alpes », Marcel Sassolas éd., *Les portes du soin en psychiatrie*. Érès, 2002, pp. 133-157.
- Doutrelepont, F (2006) « Un psychologue en CLSC exerçant auprès des jeunes de la rue », in *Revue québécoise de psychologie*, n°27, pp.147-165.
- Douville, Olivier. « Remarques sur l'exil traumatique à l'épreuve du "hors-lieu" ». *Le Coq-héron*, 2023/3 N° 254, 2023. p.57-69.

DREES : Études et Résultats, « Près d'un enfant sur six a eu besoin de soins pour un motif psychologique entre mars 2020 et juillet 2021 », n° 1271, juin 2023.

Dubar, Claude., et al. « Introduction générale ». Sociologie des professions - 4e éd. Armand Colin, 2015. p.7-18.

Dubar, C., Tripiet, P. et Boussard, V. (2015). Chapitre 5 - La sociologie interactionniste des groupes professionnels. Sociologie des professions - 4e éd. (p. 97 -118).

Egan, G. (2013). *The Skilled Helper: A Problem-Management and Opportunity-Development Approach to Helping* (10th ed., pp. 122-139). Cengage Learning.

Ezell, JM, Araia, M., Abouelrous, N., Van de Kieft, A., Borrero, N. et Olson, B. (2023). Reconsidérer le modèle de la « violence en tant que maladie » : examen des psychopathologies de la violence chez les adolescents urbains. *Psychologie de la violence*, 13 (3), 205-218.

Fassin, Didier. « 4. Un dispositif d'observation psychologique », Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute, sous la direction de Fassin Didier. La Découverte, 2004, pp. 81-102.

Feys, Jean-Louis. « Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie », *L'information psychiatrique*, vol. 93, no. 6, 2017, pp. 457-463.

Forrat, Camille. « Violence, addictions et émotions : étude d'un dispositif groupal métaphorique », *Le Journal des psychologues*, vol. 374, no. 2, 2020, pp. 74-78.

Fondeville, F. et Santiago Sanz, H. (2016). L'articulation des pratiques éducatives et soignantes. *Empan*, n° 103(3)

Furtos, Jean. « La précarité et ses effets sur la santé mentale ». *Le Carnet PSY*, 2011/7 n° 156, 2011. p.29-34.

Golan A. « Quand l'altérité devient virale : exemple du cyberbullying », *Savoirs et clinique*, vol. 24, no. 1, 2018, pp. 165-173.

Haute Autorité de La Santé (HAS) : « Programme pluriannuel – Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 », octobre 2020, 41 pages.

Jovelet, G. (2021). Quelque chose en nous de Paul Balvet. *Perspectives Psy*, 60, 256-267.

Laforcade Michel : « Rapport relatif à la santé mentale », Ministère des affaires sociales et de la santé, Octobre 2016

Lescure, S., Soyer, L. et Tanda, N. (2022). Transprofessionnalité. L'UE 3 en 150 cartes mentales - UE 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 et 3.5 "Sciences et techniques infirmières – Fondements et méthodes" IFSI - Semestres 1, 2, 3, 4, 5 et 6. (p. 94 -94).

Lopez, E. (2022). Du transfert à la transversalité. *Chimères*, 101, 187-197.

Luca-Bernier, C. (2011). Logique du soin en psychothérapie institutionnelle. *Le Coq-héron*, 206, 98-106.

Mercader, P. (2020). Chapitre 25. Entre psychanalyse et sciences sociales : des paradigmes concurrents à la tentative transdisciplinaire. Dans Jung, J. et Camps, F. (dir.), *Psychologie clinique et psychopathologie psychanalytiques 30 problématiques contemporaines*. (P. 315 -324).

Mercuel, Alain. « « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » ! », *Rhizome*, vol. 68, no. 2, 2018, pp. 3-4.

Ministère de la Santé et des Solidarités Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité : « CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. », 10 pages

Ministère du Travail De la Santé et des Solidarités : « Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie : état d'avancement au 1^{er} mars 2024 », 128 pages

Niedenthal, Paula, Silvia Krauth-Gruber, et François Ric. « Chapitre 1. Que sont les émotions et comment sont-elles étudiées ? », *Comprendre les émotions. Perspectives cognitives et psycho-sociales*, sous la direction de Krauth-Gruber Silvia, Niedenthal Paula, Ric François. Mardaga, 2009, pp. 9-45.

Niang Pape Momar, Rasha Nagem, « Les cyberviolences genrées, sexistes et sexuelles chez les jeunes », *Terminal* [En ligne], 123 | 2018, mis en ligne le 31 décembre 2018

Ortiz García, Carmen, 2019. « Esclavage, racisme et culture afrocubaine : vie, œuvre et combat de Fernando Ortiz », in *BEROSE International Encyclopaedia of the Histories of Anthropology*, Paris

Ozanne Julie, Bige Saatcioglu: Participatory action research October 2008 *Journal of Consumer Research* 35(3):423-439

PASTANT Fanny, Maureen GAC, Jean-Luc ROELANDT, « Comment favoriser l'engagement des élu-es et des équipes municipales ? », Centre national de ressources et d'appui aux CLSM, Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), Lille, janvier 2022

Paugam, L'intégration inégale : force, fragilité et rupture des liens sociaux (sous la dir.), Paris, PUF, coll. « Le lien social », 2014

Rimé, Bernard. « Chapitre 2. Qu'est-ce qu'une émotion ? », *Le partage social des émotions*. Sous la direction de Rimé Bernard. Presses Universitaires de France, 2009, pp. 43-66.

Rimé, Bernard. « Chapitre 6. À qui parlons-nous de nos émotions ? », *Le partage social des émotions*. Sous la direction de Rimé Bernard. Presses Universitaires de France, 2009, pp. 139-157.

Roelandt, Jean-Luc. « 7. De la psychiatrie à la santé mentale, de la guérison au rétablissement », Catherine Déchamp-Le Roux éd., *Santé mentale : guérison et rétablissement. Regards croisés*. JLE Editions, 2015, pp. 63-77.

Rogers, C. (1942/2015). *La relation d'aide et la psychothérapie* (traduit par J.-P. Zigliara). Paris: ESF Sciences humaines.

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.

Rogers, C. (1980). *A way of being* (pp. 70-95). Houghton Mifflin Harcourt.

Salmona, M. (2018). La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. *Les Cahiers de la Justice*, N° 1(1), 69-87.

Shulman, L. (2015). *The skills of helping individuals, families, groups and communities* (5th ed., pp. 123-157). Cengage Learning.

Soulet, Marc-Henry. « Reconsidérer la vulnérabilité ». *Empan*, 2005/4 no 60, 2005. p.24-29.

UNICEF France : « Consultation Nationale des 6-18 ans 2024 », Rapport enfants et adolescents en souffrance Privations, déficit de protection et rejet social, Centre Maurice Halbwachs, 2024, 112 pages.

Vandeveldel-Rougale Agnès, « Bernard Rimé, Le partage social des émotions, Puf, Paris, 2009 », dans revue *¿ Interrogations ?* N° 26. Le médiévalisme. Images et représentations du Moyen Âge, juin 2018

Winnicott, D. W. « Pourquoi les adolescents nous poussent-ils à inventer ? ». *Pourquoi les adolescents nous poussent-ils à inventer ?* Érès, 2008. p.7-8.

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.

GLOSSAIRE

ARS Agence Régionale de Santé

ASE Aide Sociale à l'Enfance

CAARUD Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CAMPS Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CATTP Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCAS Centre Communal d'Action Sociale

CCOMS Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHT Communauté Hospitalière de Territoire

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CLS Contrat Local de Santé

CLSM Conseil Local de Santé Mentale

CMP Centre Médico-Psychologique

CMPEA Consultations Médico-Psychologiques pour Enfants et Adolescents

CMPP Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CPT Communauté Psychiatrique de Territoire

CSAPA Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSSMP Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie

CTSM Contrat Territorial de Santé Mentale

DMSMP Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EMPP Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité

GHT Groupement Hospitalier de Territoire

HAS Haute Autorité de Santé

HCSP Haut Conseil de la Santé Publique

MDA Maisons des adolescents

MDPH Maison départementale des personnes handicapées

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PASS Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI Protection Maternelle et Infantile

PRAPS Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PsyREPS Psychologues de rue en Prévention Spécialisée

PTSM Projet territorial en santé mentale

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN PsyREPS

Thème 1 : Professionnalisation

- 1- Quels sont les enjeux liés à la professionnalisation de votre métier ?
- 2- Si vous deviez définir formellement votre poste ?
- 3- Pouvez-vous nous parler de la pérennisation de votre poste ?

Thème 2 : Liens avec la Prévention Spécialisée

- 1- Comment se manifeste votre intégration dans l'équipe de Prévention Spécialisée ?
- 2- Qu'en est-il de la coexistence entre la psychologie et la Prévention Spécialisée ?

Thème 3 : Liens avec autres structures

- 1- Que pouvez-vous nous dire les liens avec les autres structures hors Prévention Spécialisée ?
- 2- En particulier, comment travaillez-vous avec les acteurs de l'éducation nationale et les CMP ?

Thème 4 : Communication

- 1- Comment percevez-vous les problèmes liés à la communication dans le cadre de votre travail ?
- 2- Parlez-nous du secret professionnel svp ?
- 3- Comment sélectionnez-vous les informations pertinentes pour le bien-être des jeunes ?

Thème 5 : Dimensions spatio-temporelles

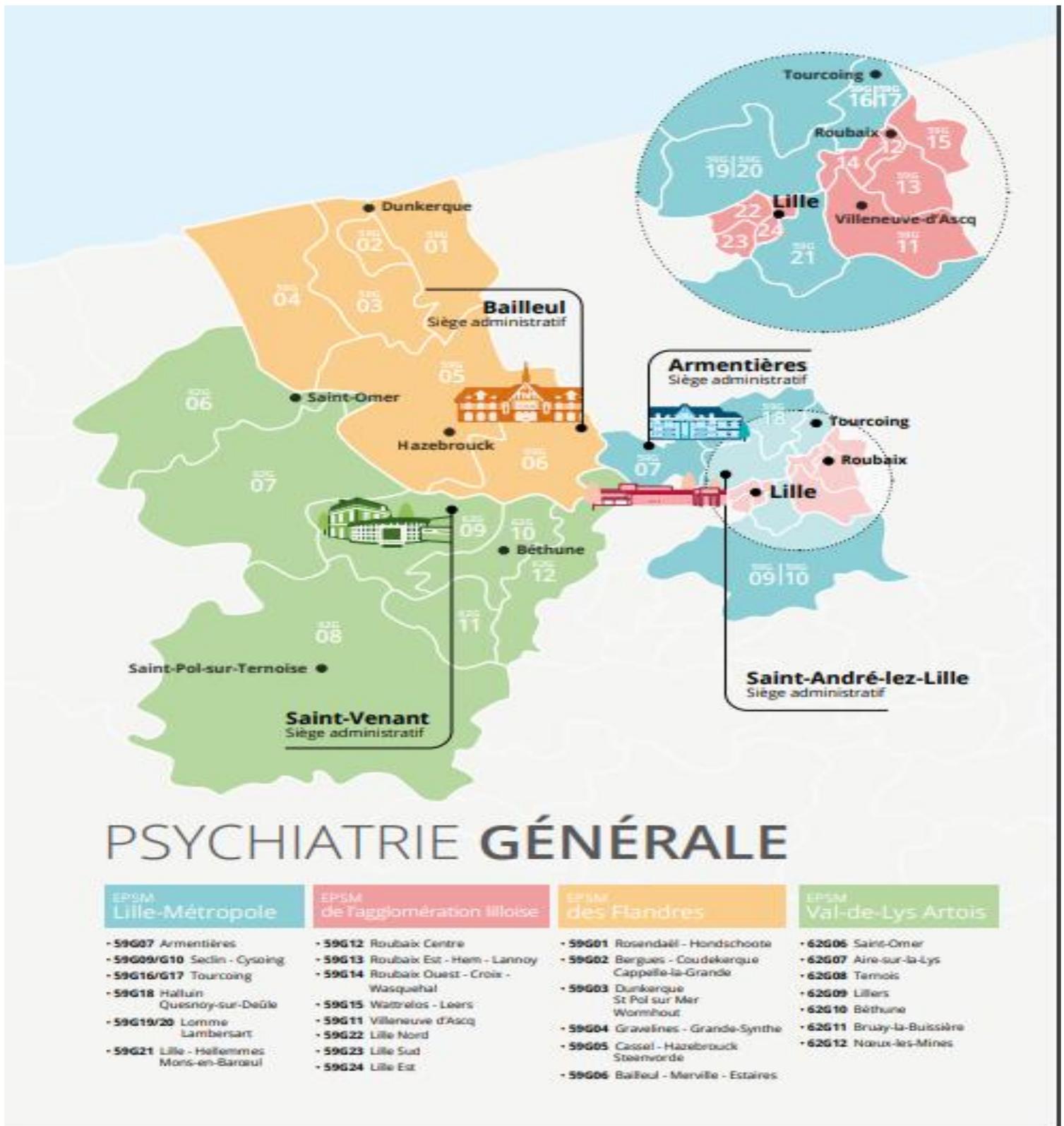
- 1- Comment gérez-vous vos actions entre les temporalités de la Prévention Spécialisée et celles de la psychologie ?
- 2- Qu'en est-il de la gestion de l'urgence du suivi des jeunes ?
- 3- Comment articulez-vous vos interventions entre le « dans les murs » et le « hors les murs » ?

Thème 6 : Représentations autour de la psychologie

- 1- Quelles sont les représentations des jeunes sur la psychologie en général ?
- 2- Quelles sont les représentations et perceptions des autres acteurs avec lesquels vous travaillez sur la psychologie ?
- 3- Comment situez-vous votre action entre psychologie et psychiatrie ?

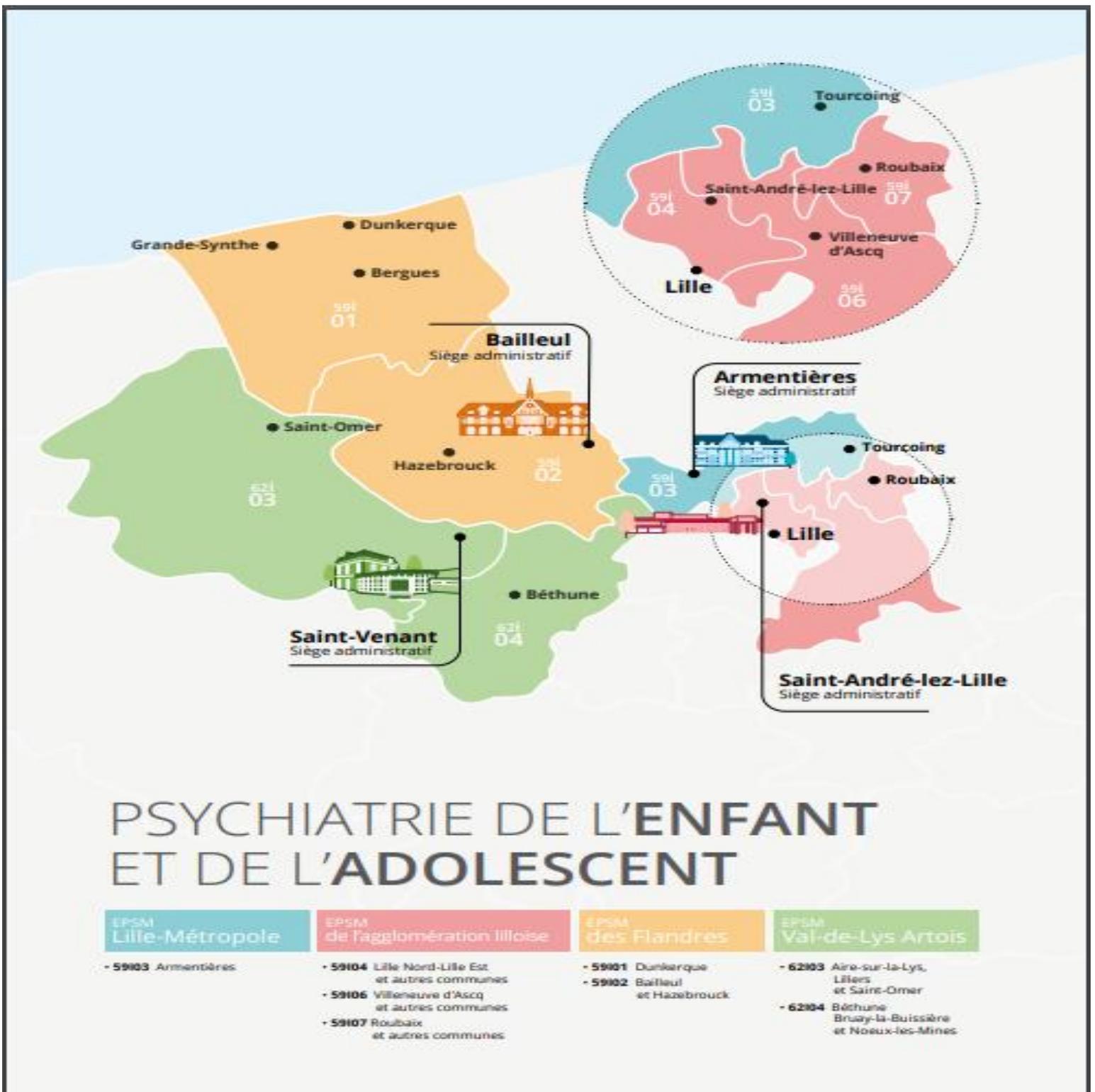
Thème 7 : Pratiques professionnelles

- 1- Que pouvez-vous nous dire sur votre méthode de travail ?
- 2- Par quelles approches disciplinaires articulez-vous vos actions ?



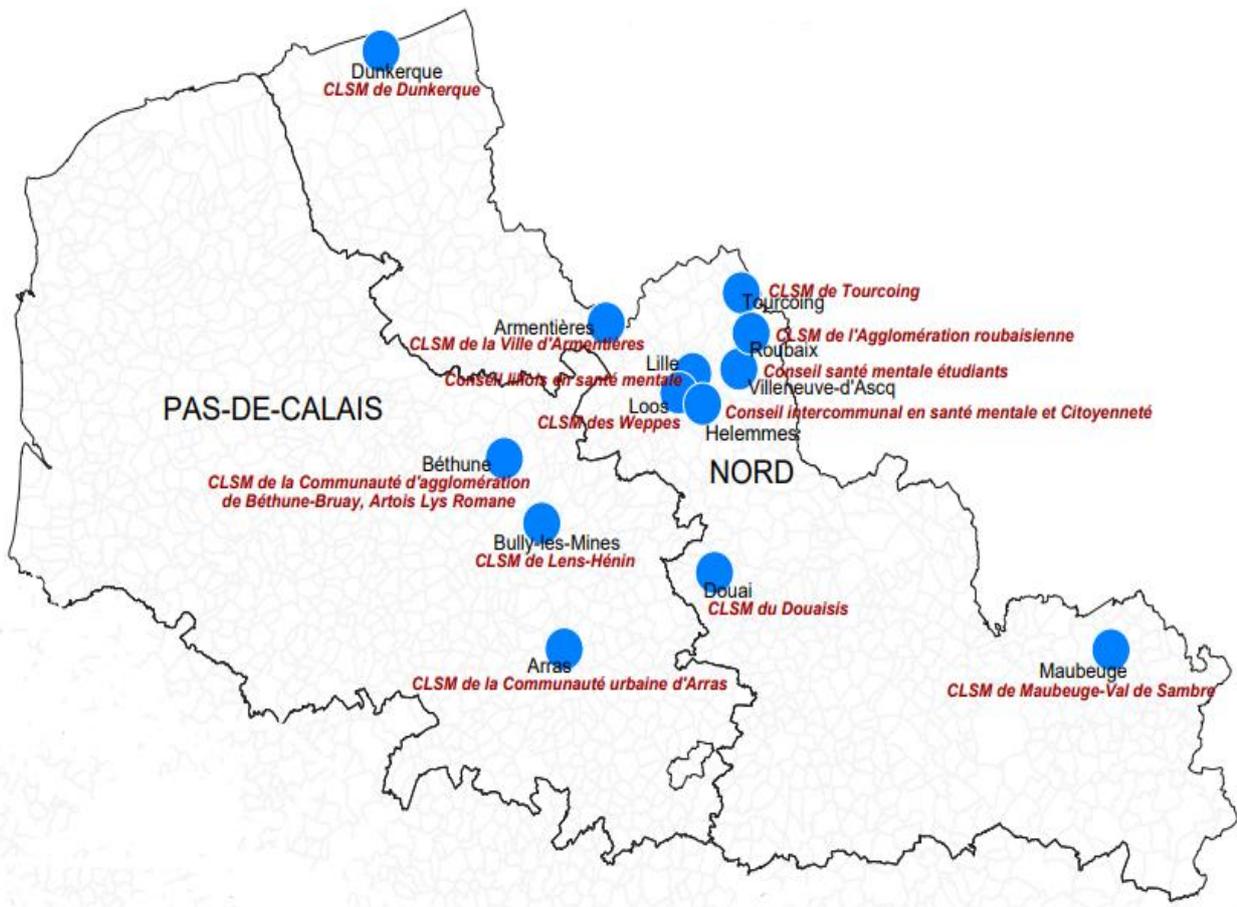
Sectorisation des Groupements Hospitaliers de Psychiatrie (GHP) en Psychiatrie générale dans le Département Nord

Source https://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/default/files/2022-07/202202_Livret_GHT.pdf



Sectorisation des Groupements Hospitaliers de Psychiatrie (GHP) en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans le Département Nord

Source https://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/default/files/2022-07/202202_Livret_GHT.pdf



Répartition des 13 Conseils Locaux de Santé Mentale dans les Départements du Nord et du Nord-Pas de calais Source ARS (Agence Régionale de Santé Hauts-de-France)



Retrouver cette action-recherche en version numérique en scannant ce QR code :



Vous pouvez également le retrouver sur notre site internet : www.apsn-prev.org

Pour suivre notre actualité :

 : [linkedin](#) « APSN (Association Prévention Spécialisée Nationale) »

 : [Facebook](#) « Association Prévention Spécialisée Nationale »

L'APSN est structure porteuse depuis 2022 de Dynamo France

