



Une psychologue dans la rue

Céline Desbouis*

La psychologie clinique est-elle suffisamment "souple" pour pouvoir être pratiquée en dehors de son cadre habituel, "en marge" de sa définition classique : en l'occurrence dans la rue et dans le cadre d'un projet de réduction des risques ? Le point avec Céline Desbouis, psychologue de rue depuis deux ans au sein de l'équipe de réduction des risques de FIRST, en Seine-Saint-Denis.

"Maintenant, la connexion avec la psychologie, telle qu'elle se présentait dans les Études sur l'hystérie (1895), sort du chaos ; j'aperçois les relations avec le conflit, la vie, tout ce que j'aimerais appeler psychologie clinique" (1). Cette citation de Freud, qui intègre la psychologie clinique et la méthode clinique en tant que telle, dans un registre plutôt large, ne remet pas en cause les bases qui lui ont de tout temps servi de fondements, puisqu'elles sont préservées, et, de fait, toujours présentes, même dans une pratique de terrain comme la nôtre. Celle-ci, en fait, ne modifie pas autant qu'il pourrait y paraître au premier abord, cette définition de la psychologie clinique.

La rue, cadre d'application

Membres salariés de l'équipe de rue de réduction des risques en Seine-Saint-Denis de l'association FIRST, mes trois collègues éducateurs, l'éducateur-directeur du projet et moi-même, psychologue clinicienne, faisons un travail de terrain avec pour mission de mettre en œuvre des actions pour limiter l'incidence des dommages liés

*Psychologue clinicienne de rue, programme de réduction des risques Aulnay-Sevran de FIRST, formation intervention recherche, sida toxicomanies. 14, Villa Bel-Air, 75012 Paris.

à la toxicomanie par voie intraveineuse (SIDA, hépatites). Un travail de "proximité", de rue, connu depuis des décennies et identifié aujourd'hui comme étant principalement celui des dispositifs des Programmes d'échanges de seringues (les PES) mais "décliné" de façon spécifique selon les équipes, selon les projets de départ. En ce qui concerne le projet de FIRST, le travail de rue, c'est-à-dire mené dans les quartiers des communes d'Aulnay-sous-Bois et de Sevran, au nord-est de Paris, a pour principales lignes de force l'accès aux droits, l'accès aux soins, la distribution de matériels d'injection et de préservatifs. Habituellement, les équipes de

rue sont essentiellement composées d'éducateurs, parfois d'infirmiers, le plus souvent d'ex-usagers de drogues, voire d'usagers actifs, en traitement de substitution ou non. La place d'un psychologue à leurs côtés peut-elle se justifier ? Et cette profession a-t-elle donc tant besoin d'un cadre très codifié, d'un toit sur la tête, d'un cabinet, de réseau de "convenances" professionnelles, pour répondre à une demande ? Ou même et surtout la devancer ? Pour exercer cette pratique clinique au sein d'une forme innovante de "structure", il nous a fallu repositionner certains concepts, donc élucider au préalable des questions majeures. Exemples de questionnement,

parmi d'autres : les demandes des "patients" de la rue sont-elles les mêmes que celles auxquelles nous sommes confrontés lorsqu'on les rencontre dans un cadre plus formel ? Le psychologue clinicien, qui ne saurait fonctionner sans les bases sur lesquelles se fonde sa pratique, peut-il les adapter afin d'être en mesure de les mettre en application dans le cadre d'un travail d'équipe de rue ? Ou bien encore, faut-il avoir bénéficié d'une formation spécifique pour pouvoir exercer dans un cadre aussi informel ? La réponse à la majeure partie de ces questions – sachant que certaines demeurent encore, à l'heure actuelle, irrésolues – s'est vite imposée dans la pratique quotidienne : celle de psychologue clinicienne sur le terrain, justement.

Un cadre banalisé, jamais banal

Ainsi, lors d'un passage dans un de "nos" quartiers, nous rencontrons la mère de Kamel, jeune toxicomane de 26 ans, qui nous explique que son fils vient de faire une overdose. À sa demande, nous décidons de nous rendre chez lui. Les premières rencontres au domicile du patient, dans son cadre de vie intime, au cœur de sa cité et de sa famille, ne se font pas sans une certaine appréhension réciproque, la demande initiale émanant davantage de la mère que de son fils. Toutefois, cette appréhension laisse rapidement place à la confiance et, de rencontre en rencontre, d'entretien en entretien, le nœud même du conflit familial s'est, sinon dénoué, du moins fait jour. Et cela n'a été rendu possible que par cette immersion au cœur même de la famille. Donc au cœur même du conflit. Or, le travail thérapeutique

effectué dans ce cas précis, comme dans bien d'autres, n'aurait pas pu se faire, d'une part, sans la présence sur le terrain d'un professionnel dont la formation permet de déceler des troubles se situant bien au-delà des questions d'ordre social ou éducatif et, d'autre part, sans l'intervention personnalisée au cœur de cette famille, dont tous les membres refusaient de s'adresser à quelque structure que ce soit, suite à plusieurs tentatives considérées comme vaines. Le psychologue, comme l'éducateur, a sa place au sein même des cités, et l'habitation familiale, le quartier, le terrain de jeu ou d'errance deviennent le cadre sur lequel il peut s'appuyer pour exercer à plein sa pratique.

Même si l'on ne peut nier que "le cadre même dans lequel se déroule l'entretien a son importance, cadre matériel (les locaux, la disposition des sièges et du bureau), mais aussi le cadre fantasmatique réverbéré par l'image que le groupe social se fait du clinicien et de celui qui le consulte, et éventuellement de l'institution (école, hôpital psychiatrique, dispensaire, etc.) où a lieu l'entretien" (2), nous pouvons aussi affirmer que l'important est que ce clinicien-là soit "à même de discerner l'impact de ce cadre matériel et fantasmatique de l'entretien et d'acquiescer un certain nombre d'attitudes "psychiques" de nature à faciliter la communication avec le consultant." (2). La rue, la cage d'escalier, le domicile, cadres moins conventionnels que celui des salles d'attente, des cabinets et des dispensaires, peuvent aussi, sans problème de fond, se substituer à celui-ci, plus traditionnel, "cadré", codifié.

Travailler sur le terrain n'empêche pas l'écoute

Enfin, outre cet aspect du cadre "professionnel" qui a moins d'importance qu'on veut bien le dire, c'est avant tout la formation spécifique du psychologue qui lui permet de prendre une position propre à l'entretien clinique, laquelle le place au-delà des autres dialogues. Reste à savoir si la singularité de celui-ci pourrait se "banaliser" lorsqu'il doit se dérouler dans un cadre quelque peu bousculé... Rien ne permet de l'affirmer.

Il suffit, en effet, de rappeler que cette position de clinicien s'appuie largement sur des modèles psychanalytiques, assis sur la notion de "non directif", qui semble qualifier le mieux l'entretien clinique selon, entre autres, C. Chiland (3), notion amenée par Carl Rogers, lequel doit lui-même beaucoup à Freud. Par ailleurs, toutes les notions qui peuvent, ou doivent, être inhérentes à l'entretien clinique, telles que l'abstinence, la neutralité bienveillante, le transfert/contre-transfert, la liberté de parole du patient associée à "l'attention flottante", à la liberté d'écoute et d'associations du clinicien, sont également empreintées à la psychanalyse.

Si l'on se réfère à présent à Winnicott, le psychologue devra également être à même de s'identifier au patient, de garder la bonne distance, ainsi que faire preuve d'une juste mesure dans ses interventions.

C'est donc bien cette spécificité des modes d'écoute et d'attention du clinicien qui constitue le meilleur atout pouvant lui permettre d'atteindre les principales finalités d'un entretien clinique, à savoir comprendre et aider le patient. Ces finalités,

bien évidemment, demeurent les mêmes lorsque l'on parle d'entretien clinique, et ce ne sont donc pas les nouveaux modes et lieux de pratique du psychologue qui vont y mettre un terme.

Le psychologue dans la rue facilite l'accès aux soins

Au-delà de la question de savoir si le psychologue peut exercer en dehors d'un cadre formel se pose également celle de l'évaluation de son utilité dans la rue. En effet, est-il intéressant de faire "descendre" ce professionnel sur le terrain, et pourra-t-il y être plus, ou tout au moins autant, efficace que lorsqu'il exerce dans les structures qui sont habituellement ses "niches" professionnelles ? La réponse est aujourd'hui évidente : la majeure partie des personnes que nous sommes amenés à rencontrer dans le cadre d'un tel programme auraient été diagnostiquées comme *borderlines*, voire sujets souffrant d'une pathologie mentale aiguë (psychotiques), si elles avaient accès à des professionnels de la prise en charge psychologique. Or, justement, notre mission d'équipe est de favoriser l'accès aux soins, dans le cadre de la toxicomanie, laquelle vient souvent masquer un trouble mental plus ou moins profond, une comorbidité psychiatrique dont la réalité s'impose de plus en plus actuellement. La présence de professionnels formés à l'identification de ces pathologies, à faire un prédiagnostic psychologique, voire psychopathologique, permet une meilleure orientation, plus précoce, du patient vers une structure réellement adaptée à sa pathologie. Elle facilite et améliore

donc bien l'accès aux soins des populations cibles du programme de FIRST.

Ce nouveau positionnement possible du psychologue clinicien, sorti de ses murs et de ses bureaux, est, accessoirement, susceptible de casser son image de professionnel réservé "aux fous" (voire plus fous qu'eux !), à qui l'on doit raconter sa vie et surtout ses problèmes le plus souvent sans recevoir de solutions en retour.

Des limites... réciproques !

Bien entendu, la pratique idéale n'existant pas, cette forme nouvelle d'exercice a aussi ses limites. Ainsi, dans une structure classique, une des limites tiendra, entre autres, à ce que l'on peut apporter à un psychotique qui n'a plus aucune conscience de la réalité. Sur le terrain, le psychologue devra aussi se poser la question de ce qu'il peut faire pour des personnes que l'on pourrait qualifier de "limitées", c'est-à-dire souffrant parfois d'illettrisme ou, en tout cas de graves lacunes cognitives, de déficience de l'intelligence intuitive indispensable à tout travail psychologique. Ces personnes, habituées à un fonctionnement de type "pavlovien" face aux éducateurs qui leur permettent d'obtenir des réponses concrètes, des avantages tangibles, ne peuvent comprendre la spécificité de l'approche du psychologue, et les bénéfices qu'ils peuvent en tirer. Dans la rue, plus qu'ailleurs encore, c'est l'étayage du travail par les autres membres de l'équipe, avec leurs spécificités professionnelles et personnelles, qui peut seul aider à résoudre, du moins contribuer à le faire, cette difficulté.

Autre inconvénient : la "non-

protection” du travail psychologique dans la rue. En effet, la structure formelle protège, d’une certaine façon, le praticien, comme le terrain protège... le patient. Ainsi, il n’est pas toujours aisé de poser les limites de la relation psychologue-patient, ce dernier ayant quelquefois du mal à se représenter le véritable rôle du clinicien, hors d’un bureau où on décide de le rencontrer, en principe avec une demande précise. En principe seulement, car c’est un leurre de croire que la plupart des patients consultent en pleine connaissance de ce qu’ils viennent chercher et de ce qu’ils peuvent trouver. Souvent, ils ont été conseillés par un autre professionnel ou fortement incités à consulter. Ils sont hésitants et quelquefois ne franchissent jamais le pas, simplement même parce qu’ils ne peuvent formuler aucune demande consciente. D’ailleurs, pour la majorité des patients rencontrés dans les quartiers, il

n’y a pas de problèmes a priori. Pourtant, “parfois, malgré une absence initiale de demande consciente, la rencontre a lieu, et le client se sent compris et s’étonne de ce qu’il a trouvé”

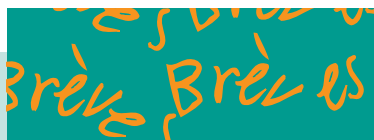
(4). Et cela d’autant plus qu’il ne pensait pas rencontrer une psychologue dans un tel lieu ! Et le psychologue, en retour, d’avoir accès à des patients, à des pathologies qu’il n’aurait

probablement jamais approchées, qu’il n’aurait pu ni comprendre ni chercher à traiter, s’il était resté dans “ses frontières” professionnelles.

Références bibliographiques

1. Freud S. *Naissance de la psychanalyse* (1956), Paris, PUF, 6^e édition, 1991 : 244.
2. Ledoux A. *La formation à l’entretien clinique*. In *L’entretien clinique* (1983), Paris PUF, 3^e édition, 1989 : 156.
3. Chiland C. *Qu’est-ce qu’un entretien clinique ?* In : *L’entretien clinique* (1983), Paris, PUF, 3^e édition, 1989 : 17.
4. Chiland C. *Qu’est-ce qu’un entretien clinique ?* In : *L’entretien clinique* (1983), Paris, PUF, 3^e édition, 1989 : 27.
5. Lagache D. *Psychologie clinique et méthode clinique*. In : *Évolution psychiatrique*, n° 2, 1949.
6. Laurent E. sous la direction de *Psychanalyse et psychothérapie*. In : *Revue de psychanalyse*, n° 22, ECF 1992.
7. Regnier-Aeberhard F, Stephan I. *À l’écoute du consultant. Dossier : Dépistage et counseling*. Paris. In : *Le journal du SIDA*, n° 59, février 1994.
8. Rogers C. *La relation d’aide et la psychothérapie*, Paris, ESF, 1991.
9. Tourette-Turgis C. *L’émergence de courants de pensée dans le counseling*, Paris, CRIPS. In : *Transcriptase*, n° 17, juillet-août 1993.
10. Charles-Nicolas A. *Conduites de risque et conduites à risque*. In *Impact médecin hebdo. Les dossiers du praticien. SIDA : guide pratique*, 1995 : 71.
11. Équipe Galaxie, *Accompagnement psycho-éducatif des toxicomanes séropositifs. Éléments de réflexion, d’information et d’échange sur les difficultés sociales de toxicomanes séropositifs*, Paris, Éditions Centre Didro, 1989.
12. Fournie J. *La prévention du SIDA auprès des toxicomanes. Études sur les modèles d’intervention mis en œuvre par les acteurs de prévention*, Vanves, AFLS, 1993.
13. Redjimi G. *De la réduction du risque à la prise en charge*, Paris, ARCAT SIDA. In : *Le journal du SIDA*, n°43/44, novembre 1992.

Le facteur prix comme élément de lutte contre le tabagisme



La consommation de tabac est “élastique au prix” et encore plus à l’indice relatif des prix des cigarettes. Lorsque l’indice relatif d’augmentation du prix des cigarettes est particulièrement important (par rapport à l’indice général des prix) cela entraîne une diminution notable de la consommation : celui-ci était de 17 % en 1993 et de 14 % en 1994, et, sur la même période, la consommation de cigarettes a baissé de 4,5 %. Toutefois, pour être efficace, il faut que cette différence entre les indices se maintienne suffisamment longtemps. Ainsi, en 1998, le prix du tabac n’ayant augmenté que de 3 %, les ventes en quantité sont à nouveau orientées à la hausse (1 %) après avoir connu six années de baisse. Dans le détail, on note une augmentation de 0,9 % des ventes de cigarettes et de 3,7 % des ventes de cigares et cigarillos. Voilà pourquoi, après la publication du rapport Berger sur la Loi Evin, le gouvernement a décidé d’augmenter à nouveau les prix du tabac : de 5 % en moyenne depuis le 3 janvier 2000.

Toutefois, l’effet prix a un impact sur les habitudes des fumeurs, certains se reportant sur des produits moins onéreux, tel le tabac à rouler, dont la consommation a augmenté de 50 % depuis 1991 et repré-

sente désormais 7,5 % de la consommation totale de tabac.

Source : *Actualités Tabac*, N° 5 et 7, Comité Français d’éducation pour la santé, cfes.com@imaginet.fr

L’Europe plus sévère à l’encontre du tabac : 10 mg de goudrons maximum

Le projet de directive (CON 1999, 594 du 16/11/1999) sur le tabac a été adopté à la mi-novembre par les commissaires européens : la teneur maximale en goudrons sera de 10 mg dès 2004 contre 12 mg auparavant, les messages “Fumer tue ou “Fumer peut tuer” devront figurer sur la face des paquets de cigarettes ; des avertissements plus développés, sur les risques cardiaques et de cancers ainsi que de dépendance, figureront dans des encadrés cernés de noir sur différentes faces du paquet, occupant au moins 25 % de la surface totale ; les additifs et ingrédients devront tous figurer sur l’emballage ; les mentions légères, ultralégères, mild, seront interdites. Ces différentes mesures entreraient en application d’ici à deux ans.

Source : *Actualités Tabac*, n° 6, Comité français d’éducation pour la santé, cfes.com@imaginet.fr

F.A.R.