

BILAN D'ACTIVITE  
Année 2008  
Poste de PSYCHOLOGUE

Association OMEGA  
*Caroline DAUMERIE*

# SOMMAIRE

## 1. Notre mission

## 2. Nos lieux d'intervention

- œ La rue
- œ L'éclaircie
- œ Les quartiers

## 3. La population rencontrée

- œ *Les adultes*
- œ *Les jeunes*

## 4. Caractéristiques de la population

- œ *Les conditions de vie*
- œ *Le logement*
- œ *La santé (hygiène, conduites addictives, santé mentale)*

## 5. La personne en situation d'exclusion et la Psychologue

## 6. Le partenariat

## Notre Mission

Je suis professionnelle de la santé, Psychologue, la mission qui m'est confiée depuis maintenant 9 ans est de « permettre l'expression de cette souffrance Psychique aux fins de prévention de désordres Psychologiques aggravés et aider à l'élaboration de réponses Psychosociales adaptées. »

C'est lors d'un travail organisé par la DDASS autour du thème « souffrance Psychique des exclus » que le poste de PSYCHOLOGUE est né.

Mis en place en avril 1997, il est géré depuis Juillet 2000 par le groupement d'employeurs O.ME.GA.

Le temps alloué à cette mission est de 64 heures mensuelles.

Chaque année cette mission évolue grâce à de nombreux constats ;

L'exclusion, visible dans la rue, concerne bon nombre de personnes qui ne s'affichent pas aux yeux de tous mais dont la souffrance n'est pas moindre.

Des professionnels du champ social comme les médiateurs sociaux mais également des institutions intervenant elles même auprès d'une population en grande précarité dans un champ social, éducatif et/ou médical, peuvent dans leur domaine d'action, identifier des symptomatologies caractéristiques d'une souffrance Psychique et par là même proposer notre intervention.

## Nos lieux d'intervention se sont par conséquent diversifiés

**1 la rue** : Espace où se jouent et se déjouent les fonctionnements et conduites relationnelles, où la souffrance vient se mettre en scène. Il y a prise en compte de la dimension Psychique de la personne dans un espace appartenant à tout le monde et donc à personne. Il n'y a aucun rapport de force, crainte constante de l'exclu, qui est mis en place.

D'autre part, dans la rue, il n'y a pas de limites concrétisées ; pas de dehors et de dedans.

Le cadre relationnel : professionnel /usager est redéfini ; Les positions de chacun sont différentes, les manifestations d'affirmation de soi, d'autonomisation de soi se font sur un autre mode que dans un lieu fermé et institutionnel (sortir, fuir claquer la porte, casser, se cogner.....)

Les relations d'appropriation, de possession, de prise de l'espace de l'autre ne peuvent se mettre en place que dans le rapport à **l'Être** et non à **l'Avoir**

Le cadre n'est donc pas extérieur mais intériorisé.

Généralement, les rencontres se font de manière ponctuelle et chaque entretien initié sera terminé lors de la rencontre. Pour certains d'entr'eux des rendez vous et par conséquent des entretiens thérapeutiques viennent compléter la démarche.

**2. L'éclaircie : Autre espace temps** où les rencontres se font dans un lieu inscrit dans un cadre institutionnel avec des règles, des horaires, un contrat mais aussi dans lequel s'inscrit un certain nombre d'activité . Les personnes que nous rencontrons sur ce lieu sont pour bon nombre différentes de celles croisées dans la rue sauf pour les jeunes que nous retrouvons sur ces deux lieux.

L'intégration sur un lieu institutionnalisé témoigne d'une structuration, d'une démarche et d'une volonté consciente ou inconsciente de socialisation.

Nous retrouvons également la nécessité d'appartenir à un groupe avec la possibilité d'inscrire des repères dans le temps et l'espace.

Je tiens une permanence tous les jeudis matins, la rencontre avec la personne se fait de manière informelle ;

L'échange se fait autour d'une table, d'un petit déjeuner mais également simplement dans la cour ;

Un bureau est mis à ma disposition afin d'y mener des entretiens si des personnes le souhaitent.

En partenariat et en collaboration avec l'éclaircie, des ateliers ont été mis en place avec l'aide de la PASS et de Patrick Rivière (coordinateur du Plan Régional de Santé) autour de la souffrance Psychique.

Ces ateliers étaient animés par Patrick RIVIERE et s'intitulaient : « Expression autour des événements de la vie »

Expérience intéressante et autre temps d'expression de leur vécu et de leur « fracas intérieur »

D'autres ateliers ont également été organisés avec des thématiques tournant autour des préoccupations à la fois des structures et des usagers de ces structures : « le rôle et la place du chien «.....

Des dialogues s'instaurent, renforçant ainsi le lien établi auprès d'eux.

Une des caractéristiques des exclus et particulièrement des jeunes exclus

Est qu'ils sont en possession d'un ou plusieurs chiens. Ce chien joue un rôle primordial au sens où il donne au maître un rôle à jouer et par là même lui confère une identité.

Il empêche l'immobilisme et ainsi le repli sur soi et l'isolement.

Il permet l'extériorisation en tant que support projectif des sentiments et des émotions et joue le rôle de garde fou.

Il permet ainsi de donner un sens à la vie de l'exclu, sans toit, sans repères de temps, sans occupation, sans objectif en lui donnant un rythme de vie, des contraintes et des limites (le chien et sa nourriture arrivent toujours au premier plan du discours de l'exclu quant à l'objectif de la manche.)

Il peut également être un élément entâchant la concrétisation de certaines démarches sociales (bus, appartement, emploi, formation...) renforçant ainsi l'exclusion .

Dans cette discussion, d'autres thèmes seront abordés : la vaccination et son coût ainsi que l'hygiène , la propreté sans oublier le regard extérieur qu'une personne sans chien peut avoir ainsi que les émotions déclenchées : peur, panique entraînant parfois des dysfonctionnements dans la vie en collectivité.

### **3. les Quartiers : Basseau, Linars, Fléac, Ma Campagne, Soyaux**

Nous intervenons sur les quartiers à l'initiative des médiateurs sociaux ayant repéré une souffrance Psychique et proposant mon intervention ;

Nous recevons l'ensemble de ces personnes sur les locaux d'Omega bien que parfois une première visite à domicile soit nécessaire avant d'amener dans un second temps la personne à l'extérieur.

Cela nous a amené à réfléchir sur ces nouveaux maux, nouvelles manifestations de souffrance liées à l'exclusion sociale et qui ne rentrent pas dans les cadres nosographiques traditionnels.

On peut en effet souligner le décalage entre le modèle traditionnel selon lequel la maladie mentale peut entraîner une rupture des liens sociaux, et les situations rencontrées actuellement dans lesquelles, c'est la rupture des liens sociaux qui est à l'origine des pathologies physiques et mentales.

## La population rencontrée

### *La population adulte*

Quel que soit le lieu où se déroulent les rencontres (rue, structures, quartier ou domicile), sur la population adulte rencontrée, la majorité des personnes semble avoir connu une situation traumatique précoce, traumatisme vécu opérant dans la situation qu'ils connaissent à ce jour. Il s'agit de personnes en état de détresse psychique cad en train de vivre un moment de crise personnelle ou relationnelle dans laquelle leurs capacités de maîtrise de leur vie psychique et relationnelle sont en faillite.

- ✓ l'histoire des personnes fait souvent apparaître une psychopathologie liée à des carences affectives précoces et des traumatismes aggravant doublée d'une pathologie familiale.
- ✓ Des personnes en crise existentielle grave déclenchée par un évènement traumatique : deuil, divorce, maladie grave d'un proche, perte d'emploi, échec ;
- ✓ Des états d'épuisement psychique, secondaire à une accumulation de mini traumatismes psychiques non intégré : mésentente familiale, endettement, conflits conjugaux à répétition....
- ✓ Des personnes Psychotiques en rupture de soins ;
- ✓ Des personnes présentant des conduites addictives (alcool, poly toxicomanie) ;
- ✓ Personnes très marginalisées, présentant des conduites asociales ;
- ✓ Personnes sortant de prison ;
- ✓ Personnes étrangères en demande d'asile politique et/ou territorial (cf annexe III : l'asile en souffrance)

Il s'agit bien d'une étiologie où se conjuguent les effets croisés des exclusions économiques, sociales, familiales et culturelles ainsi que des facteurs de pathologie individuelle le plus souvent psychiatriques (alcoolisme, poly toxicomanie et psychoses) eux même majorés par la vie dans la rue ou par la vie tout court.

### *La population jeune*

Nous croisons beaucoup de jeunes en errance :

- ✓ La première forme d'errance concerne des jeunes lycéens, étudiants partant en vacances peu programmées dans l'espace et le temps qui en fonction des technivals et festivals.
- ✓ Pour d'autres jeunes, il s'agit d'un départ initiatique, la recherche de nouvelles expériences et d'aventures. Certains sont issus d'un contexte socioéconomique difficile, de familles elle-même en difficulté sociale, souvent au bord de l'implosion. ; Ces jeunes semblent quitter l'environnement au sein duquel ils se sentent en stagnation ou en danger et partent à la recherche d'un « El Dorado » où ils désirent renaître et s'autonomiser. Pour cette population, même si la cohabitation n'est plus possible, les liens avec la famille d'origine perdurent. Cet ancrage reste un point positif dans le travail de construction identitaire. **Le danger** pour certains est que cette aventure perdure, il y a alors risque de se perdre et d'atteindre le point de non retour, la souffrance prenant alors le dessus sur l'exaltation.
- ✓ Pour d'autres jeunes encore, le trajet de l'enfance en rupture de liens a souvent été émaillé de violences, de rejets silencieux ou agis, de traumatismes, de deuils, de cassures aux conséquences subjectives et sociales catastrophiques.

Nous observons chez ces jeunes une instabilité tant du comportement que de l'humeur, un besoin de satisfaction immédiate, un faible degré de tolérance aux frustrations, le tout associé à une grande quête affective. Les conséquences sont une impossibilité de se projeter dans le temps, un effondrement dépressif débouchant sur de fortes attirances pour les sensations fortes (addictions et conduites à risques)

Il s'agit d'un véritable engrenage pour ces jeunes dont l'adolescence a surgi dans un contexte où ont manqué réassurance, possibilité d'élaboration des conflits internes, de sublimation et de projection de soi autre que dans un domaine purement imaginaire. Les pulsions débordent et ce jeune se trouve submergé, envahi sans limites face à cette violence soudaine en lui et face à ce corps inconnu.

*Il cherche alors des limites :*

- Limites de l'appropriation de son corps (perçing, tatouage, mutilation...)
- Limites de sa confrontation avec l'idée de la mort (conduites à risques, tentative de suicide)
- Limites entre des positions mégalomaniaques et dépressives
- Limites entre lui et le monde (provocations diverses, actes délictuels)
- 

**Auprès de ces jeunes, notre mission sera encore plus marquée par la nécessité d'une relation et d'un lien très fortement personnalisé, répondant d'une présence qui leur permettent de s'inscrire dans le langage et l'échange.**

Ces jeunes et moins jeunes sont pour la plupart accompagnés d'un chien qui joue un rôle d'évitement de désagrégation psychique de la personne .

**C'est la souffrance psychique qui est le point commun de l'ensemble de ces personnes.**

### **Les caractéristiques de cette population**

**Leurs conditions de vie :**

**Elles sont fonction de l'âge des personnes**

Les adultes sont pour la plupart bénéficiaires du RMI, de l'allocation adulte handicapée, d'une pension d'invalidité ou encore de l'allocation d'insertion. Certains d'entr'eux ont des revenus liés à des emplois précaires comme le CAE, l'intégration dans une entreprise d'insertion ou bien l'intérim.

D'autres peuvent être sur des dispositifs de formation comme Enfin par exemple.

Certains sont sous tutelle ou curatelle.

La plupart des jeunes rencontrés font la manche.

**Les logements :**

L'ensemble du public rencontré bénéficie d'un logement temporaire et souvent « insalubre ».

D'autres sont à l'hôtel ou à l'auberge de jeunesse, en CHRS ou encore à l'accueil de nuit.

Certains sont hébergés chez des personnes elle-même en grande précarité

D'autres encore vivent en squatt, seul ou en groupe, également sous tente ;

Ces derniers sont majoritairement jeunes ; parfois certains dorment dans des voitures ou hall d'immeubles ou parking.

S'intéresser à la manière d'habiter de l'ensemble des personnes rencontrées, c'est comprendre les difficultés d'habiter leur espace Psychique.

Le lieu de vie est alors l'expression matérialisée du monde intérieur de celui qui l'habite, l'intérieur reflétant alors l'intérieur intime, nous parlerons « d'espace miroir »Mais l'accès à

l'habiter n'est pas uniquement matériel, il est aussi d'ordre psychique et symbolique et nécessite un accompagnement certes administratif et social mais aussi psychologique.

### Leur santé :

- **L'hygiène :**

On observe un véritable désinvestissement de leur corps : dentition, vision, manque d'hygiène en général. Les personnes en danger psychique dans l'exclusion sont des personnes qui ont perdu le sens de leur corps, de l'intégrité et de la cohésion de leur corps.

- **Les conduites addictives :**

80% des personnes rencontrées présentent des conduites addictives. La prise de produits toxiques répond en majorité non pas à des conduites suicidaires mais plutôt à des conduites de survie psychique.

En effet, l'alcool et les produits toxiques sont autant de solutions trouvées pour continuer à vivre face à une souffrance de l'ordre de l'insupportable psychiquement. Les produits permettent de combler ce manque à être, effaçant la mauvaise image de soi, redonnant confiance, en tout cas masquant ce que l'alcoolique ou le toxicomane ne veut pas dévoiler de lui comme, étant honteux ou non accepté par lui. L'indicible peut être extériorisé dans cette prise de produits.

Le déni généralement observé est pratiquement inexistant chez les personnes alcooliques rencontrées dans la rue.

Les témoignages rapportent souvent l'alcool comme moyen pour ne pas penser ou venant pallier à un problème d'inhibition ou de manque de confiance en soi. La drogue vient pallier à l'angoisse, à un mal être en général et au plaisir qu'elle apporte.

Dans la rue, il n'est pas rare de constater que ces personnes associent tous les produits, on parle alors de poly toxicomanie.

Alcool, produits (cannabis, héroïne, cocaïne....) Médicaments peuvent être pris séparément ou conjointement.

Un des gros dysfonctionnements observés est que de plus en plus de jeunes et moins jeunes deviennent dépendants de produits substitutifs comme le **subutex** par exemple.

Il existe un véritable commerce de ce produit venant surenchérir les pathologies observées. A ce titre, nous avons signalé cette situation à l'ordre des médecins qui s'est par conséquent chargé, de diffuser l'information et d'alerter l'ensemble des soignants afin de renforcer la vigilance quant à la prescription de ce type de produit.

- **La santé mentale :**

L'utilisation de produits psycho- actifs peut entraîner une symptomatologie psychiatrique secondaire marquée par :

- Des syndromes confusionnels
- Des éléments paranoïaques
- Une désinhibition comportementale
- Phobies sociales
- Troubles comportementaux avec perte de contrôle
- Troubles affectifs
- Troubles thymiques et anxieux
- Altération du jugement et de la réalité

Chez certaines personnes sont repérées des névroses phobiques, d'angoisse ou obsessionnelles, chez d'autres, nous observons des troubles psychotiques.

Certains d'entr'eux sont suivis par le corps médical et psychiatrique d'autres non ou sont en interruption volontaire de traitement.

**L'état dépressif** est très présent également : la fragilité Psychologique des personnes dans un contexte d'exclusion implique les difficultés à se réintégrer. L'angoisse, la

peur , le sentiment d'insécurité, la dévalorisation de soi, l'absence de souci de soi, le sentiment d'échec ou de rejet sont autant d'éléments constitutifs d'un repli sur soi et d'un manque d'investissement dans l'autre.

Nous retrouvons très majoritairement cet état dépressif chez les personnes rencontrées dans les quartiers, avec un sentiment de solitude

## **La personne en situation d'exclusion et la Psychologue**

Les interventions que nous menons auprès du public en grande précarité, isolées ou SDF font l'objet **d'une clinique particulière**.

La question du sens et la volonté de s'en sortir peuvent amener une personne lambda à faire appel à un interlocuteur en vue de soulager sa souffrance, de parler, de se repérer ailleurs et autrement. Certains vont alors s'engager dans un véritable travail thérapeutique dans une structure(CMP) ou avec un libéral.

**C'est la difficulté, pour les personnes en situation d'exclusion, de pouvoir être en demande de rencontre d'un Psychologue, qui a remis en question les cadres d'interventions et ainsi permis d'ouvrir et de mettre en place un espace temps, un lieu, un espace d'écoute comme mise en correspondance des difficultés psychiques, des souffrances individuelles et des situations de violence sociale. Dans cette approche, il a donc paru nécessaire de subvertir les habitudes cliniciennes tout en respectant les fondamentaux pour s'ajuster au plus près des besoins mis en exergue par les nouvelles formes de souffrance.**

**La clinique de l'errance nous montre que les personnes en errance ne font que rarement une démarche spontanée en direction du soin psychologique. Il est de fait nécessaire de développer la notion d'aller vers !**

**La particularité de notre démarche auprès des personnes en situation d'exclusion sera par conséquent, pour toutes les raisons développées ci-dessus, que *l'offre précède la demande*.**

### **Exemple :**

Je rencontre Adeline pour la première fois dans la rue il y a 2 ans ;

Adeline est une jeune femme de 34 ans. Suite à une présentation brève de ma fonction et de l'association, A déposera précipitamment un vécu de viols et de violences multiples à son encontre.

Une prise de produits subutex ,dont elle ne peut se passer en abusant la plupart de temps , la met dans un état de déchéance. Sa santé s'abîme gravement par ses alcoolisations, le froid et la cruauté de la nuit dans la rue sans oublier les risques liés à ses rencontres.

A fait parler d'elle, les travailleurs sociaux se mobilisent pour qu'elle puisse trouver une solution à ses problématiques d'ordre social (logement.....)

Cette jeune femme a besoin d'un toit, de soins physiques, et/ou Psychiatriques.

Nous réfléchissons à la pertinence de notre intervention en tant que Psychologue.....



Elle s'évanouit dans la nature. Je n'entends plus parler d'elle, elle a quitté le département. Un an plus tard de retour sur Angoulême, je la croise à nouveau dans la rue.

C'est elle qui me sollicite, cette jeune femme s'assure à nouveau de ma fonction qu'elle avait bien identifiée, me confiera plus tard son aversion pour les psychologues dans d'autres contextes mais du coup c'est elle qui guidera mes interventions. Ces dernières ne sont dans un premier temps pas thérapeutique, en tout cas pas thérapeutique comme on pourrait l'entendre dans une clinique pure.

Je lui ai d'abord signifié au travers de ses récits mon souci qu'elle se protège de ses tentations de tout quitter et de repartir à la rue, de ne plus recevoir ceux qui squattaient son habitat et son corps.....

A avait besoin de se sentir enveloppée de la préoccupation d'un autre. Elle ne savait pas qu'on pouvait s'inquiéter pour elle et donc il lui semblait sans doute normal qu'on use et abuse de son corps et de ses biens. Elle n'avait pas vu jamais reçu de mots lui interdisant de se faire du mal.

Quand elle finit par accepter, elle se laissa guider et commença peu à peu à s'approprier cette nouvelle relation pour se l'attribuer.

Elle livra moins son corps, son espace, choisit ses hôtes et compagnons, prit plus soin d'elle, diminua sa consommation d'alcool et de produit.

A n'est pas guérie et ne le sera sans doute jamais de ce que B. CYRULNIK nomme « son fracas intérieur ». Mais par cette relation instaurée ainsi que par le réseau du champ social et médical qui s'est constitué autour d'elle, je crois qu'elle a commencé à s'appuyer sur des tuteurs de résilience.

**Dans une telle histoire**, le Psychologue ne peut pas se contenter d'attendre une parole qui n'a jamais appris à se formuler spontanément, il doit aller la chercher, la défricher, et aider à son élaboration.

Sinon il prend le risque de la laisser s'évanouir, après le dépôt primitif brutal mais non élaboré de l'horreur mais sans avoir su lui donner d'étai. Et tout s'écroule encore.

Dans cette mission qui m'a été confiée, j'ai toujours mis en avant d'autant que c'était sa caractéristique, **la notion d'offre qui précède la demande** ce qui diffère sans aucun doute de mes collègues formés à l'attente de la demande.

Dans le dispositif que je construis peu à peu depuis 6 ans, ce sont les patients qui orientent ma pratique. Je m'emploie à devenir une sorte de passeur malléable. Pour chaque personne rencontrée mon objectif est de me situer à la place où la souffrance rapportée par la personne m'attend, en me décalant à peine pour ouvrir un **espace d'imprévu**.

C'est dans cet interstice que se noue la différenciation entre l'objet attendu et l'objet réel, là que se génèrent les vraies potentialités thérapeutiques.

Pour des personnes le plus en souffrance Psychosociale, souvent le silence habituel du thérapeute les renvoie à l'expérience traumatique de l'absence, de l'indifférence, du chaos de l'objet précoce ;

Bien sûr, ils auront à faire avec cette réalité pour la dépasser et avancer dans le traitement de leur problématique, mais plus tard !

Dans un premier temps, il est urgent de contenir, d'endiguer le désespoir, le recueillir, ne pas le laisser dévorer la personne. Car il peut en mourir de déchéance, d'auto exclusion, de participation active à sa destruction.

Pour d'autres, il s'agit de s'engager dans une empathie inconditionnelle, entrer sans discuter dans l'univers de la personne pour qu'elle retrouve un minimum de confiance en l'autre, sans lequel aucune considération thérapeutique n'est plausible.

Le Psychologue co-acteur de cet espace va contribuer à y faire circuler pensées, paroles, actes aussi dans une rencontre avec l'autre et donc avec soi-même.

**En ce sens le travail du Psychologue sera un travail de re-liaison ,**

- Dans la rencontre de soi à soi
- De soi au monde extérieur

**Pour une réappropriation de son histoire, de ses peurs, de ses angoisses, mais de ses désirs aussi.**

**Agent de liaison, le psychologue occupe la place de passeur pour aider la personne à trouver les mots, les faire advenir, les faire entendre.**

**Resituer pour le sujet son histoire dans les articulations du langage et les incidences de la parole, c'est la démarche qui permet au sujet de ré-habiter sa parole et s'il veut en convenir, le ré-introduit à un lien social possible.**

**C'est donc laisser à la personne l'initiative de sa propre réponse, l'accompagner pour poser ensemble la responsabilité de sa vie**

**L'aider à se questionner comme acteur possible, ce, même dans un monde sociable instable ou défaillant.**

**Cet espace intermédiaire ainsi créé ne peut trouver de sens sans les nombreux contacts pris avec l'ensemble des structures et institutions du champ médical et social. Nos partenaires sont donc :**

*D'un point de vue médical :*

- œ Le lieu dit
- œ Le centre d'alcoologie
- œ Le CDPA
- œ AGORA
- œ L'hôpital de Girac
- œ La PASS
- œ Le CHS
- œ Des Médecins Généralistes et /ou Spécialistes

*D'un point de vue social :*

- œ Le CCAS
- œ Le conseil général et ses Assistantes sociales
- œ L'UDAFF
- œ La mission locale
- œ Angoulême Solidarité
- œ Le CLLJ
- œ Irfrep (Organisme de formation)

Note démarche avec l'ensemble de ces personnels met au centre de nos préoccupations « la personne et sa problématique » et se donne comme objectif prioritaire un échange entre professionnels permettant d'inscrire cette personne dans un champ d'action privilégiant la cohérence de l'accompagnement.