

**Faculté de psychologie et des sciences  
de l'éducation**

# **Être psychologue en milieu précaire : aller vers autrui, créer du lien**

Élaboration de trajectoires professionnelles par le récit de vie

Auteure : Alice Laperche

Promoteur : Jean-Luc Brackelaire

Lectrice : Maria-Graciela Vargas-Polack

Année académique 2021-2022

Master en sciences psychologiques à finalité spécialisée



« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain ».



## PRÉFACE

---

*« La réalité psychique n'est jamais décorporisée ni décontextualisable : elle est souvent fonction de la réalité tout court, que l'on ne peut annuler. »*

(Jan, 2017, p.99).



## REMERCIEMENTS

---

En premier lieu, je souhaiterais spécialement remercier mon promoteur, le Professeur Jean-Luc Brackelaire, pour son accompagnement et son soutien tout au long de ce projet. Ses précieux conseils ainsi que le temps dédié à nos rencontres m'ont toujours permis de pousser plus loin mes réflexions et d'approfondir ma recherche. De plus, il a su me donner la confiance nécessaire pour mener à bien la rédaction.

Ensuite, je voudrais exprimer mon immense gratitude aux cinq intervenants qui ont accepté de participer à mon mémoire en me partageant leur récit de vie professionnelle. Je leur suis reconnaissante pour l'accueil enthousiaste et le temps qu'ils m'ont réservé, ainsi que pour leur intérêt envers le projet. J'ai été particulièrement honorée par ces rencontres, toutes plus riches les unes que les autres, qui m'ont appris énormément sur le métier. Je les remercie également pour la confiance qu'ils m'ont accordée, en me dévoilant une partie d'eux-mêmes. Sans eux, ce travail n'aurait pas été possible.

Je remercie chaleureusement les personnes de mon entourage pour leurs encouragements, leur aide régulière, leurs conseils et leur appui en toutes circonstances. Je remercie également Luc, qui a encadré mon stage l'année dernière, pour ses réflexions et pour sa disponibilité lorsque j'ai eu besoin d'aide pour mieux organiser mes idées.

Pour finir, j'aimerais remercier la Professeure Marichela Vargas pour la lecture qu'elle a consacrée à mon travail ainsi que pour sa considération.



## TABLE DES MATIERES

---

Préface.....	II
Remerciements.....	III
Table des matières.....	IV
1. INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
2. REPÈRES THÉORIQUES, ÉLÉMENTS DE CONTEXTUALISATION.....	3
2.1 Précarité.....	4
2.2 Exclusion sociale.....	5
2.3 Santé mentale et souffrance psychique.....	7
2.4 Errance et errance psychique.....	9
2.5 Cliniques de la précarité.....	11
3. MÉTHODOLOGIE.....	12
3.1 Choix de la méthode du récit de vie professionnelle.....	12
3.2 Recrutement et caractéristiques des intervenants.....	15
3.3 Récits en trois temps.....	16
3.4 Procédure et modalités d'analyse.....	18
4. PRÉSENTATION DES INTERVENANTS.....	20
4.1 Ariane.....	20
4.2 Mathilde.....	22
4.3 Catherine.....	23
4.4 François.....	24
4.5 Louise.....	27
5. ANALYSE THÉMATIQUE ET TRANSVERSALE.....	30
5.1 Le public précaire selon les mots du terrain.....	31

5.1.1	Définition de la précarité .....	31
5.1.2	Sans-abrisme .....	33
5.1.3	Syndrome de l'errance .....	33
5.1.4	Auto-exclusion .....	34
5.1.5	Clinique de la désocialisation .....	35
5.2	Espace et temporalité .....	36
5.2.1	Concilier des espace-temps décalés .....	36
5.2.2	Plasticité du cadre .....	38
5.2.3	La rue, lieu de travail « hors les murs » .....	39
5.2.4	Contexte de mobilité .....	40
5.2.5	Hors ou dans les murs : mise en perspective .....	41
5.3	Posture de travail et enjeux de l'accompagnement .....	42
5.3.1	Aller vers.....	43
5.3.2	Se présenter .....	43
5.3.3	Le langage .....	44
5.3.4	La place du travail social .....	45
5.3.5	Horizontalité .....	47
5.3.6	Proximité et distance.....	47
5.3.7	Création de liens .....	49
5.3.8	Travail d'écoute et de soutien .....	51
5.3.9	La relation .....	52
5.4	Accueillir la crise .....	54
5.4.1	L'urgence .....	55
5.4.2	Santé mentale et précarité .....	56
5.4.3	La violence.....	59
5.5	Impact du terrain sur les travailleurs .....	60
5.5.1	Sentiment d'utilité.....	61

5.5.2	Sentiment d'impuissance .....	61
5.5.3	Rapport à l'institution et au politique .....	62
5.5.4	Épuisement professionnel .....	63
5.6	Besoins et ressources des intervenants.....	68
5.6.1	Atouts personnels.....	68
5.6.2	Les supervisions, interventions, formations.....	69
5.6.3	L'équipe .....	69
5.6.4	Travail en réseau .....	70
5.7	Déconstruction de la représentation du psychologue.....	72
5.7.1	Un processus de démystification .....	72
5.7.2	Rapport au discours scientifique et à la théorie .....	73
5.7.3	Le psy marginal.....	74
5.8	Métaréflexions et perspectives des intervenants rencontrés .....	75
5.8.1	Que dire à son « moi » du passé ?.....	76
5.8.2	Questionnements et réflexions personnelles .....	77
5.8.3	Regard porté sur sa trajectoire professionnelle .....	80
5.8.4	Projets futurs .....	81
5.8.5	Vécu du récit de vie professionnel.....	83
6.	DISCUSSION.....	86
6.1	Particularités du travail de psychologue en milieu précaire.....	87
6.1.1	Alterner dedans-dehors, entre patience et présence.....	87
6.1.2	Composantes de la création de liens .....	91
6.1.3	Situations critiques et stratégies pour faire face aux difficultés .....	94
6.2	Des trajectoires vers un changement de paradigme .....	97
6.3	Regard critique sur la démarche de recherche .....	99
7.	CONCLUSION GÉNÉRALE .....	101
8.	BIBLIOGRAPHIE.....	105



# 1. INTRODUCTION GÉNÉRALE

---

Il y a trois ans, à l'Institut Libre Marie Haps, nous terminions notre travail de fin d'études (TFE) intitulé « *La souffrance psychique vécue en situation de grande précarité : Regard porté sur un monde d'errance au cœur des villes* » (Laperche, 2019). Ce travail théorico-pratique portait exclusivement sur le vécu des personnes précarisées vivant en rue et il nous a permis de découvrir de façon plus éclairée un vaste sujet à explorer. L'une de nos pistes d'investigation future avait été de nous intéresser au rôle du psychologue dans ces problématiques de précarité et d'exclusion sociale (Laperche, 2019). Ainsi, le projet de mémoire actuel s'inscrit dans la continuité du document précédemment réalisé, afin de poursuivre nos recherches.

Par ailleurs, notre intérêt pour cette thématique a été nourri par nos expériences de stage en psychologie clinique, lors desquelles nous avons eu l'opportunité d'être immergée dans le secteur de la précarité. Le fait d'avoir pu côtoyer le public, d'être allée à la rencontre des gens et de nous être intéressée à leurs problématiques nous a ouvert sur un monde tangible. Aussi, nos observations et nos réflexions personnelles nous ont menée à remettre en question un certain nombre de fondements. En particulier, nous avons constaté un important décalage entre l'image que nous nous construisions du psychologue durant nos études et la pratique réelle des acteurs de terrain dans ce milieu spécifique. En fin de compte, nous avons découvert d'autres manières de fonctionner et d'accueillir les bénéficiaires, d'autres façons de penser et d'aborder la souffrance psychique.

D'une part, le but de ce mémoire est de mettre en lumière certains aspects du travail de psychologues avec des personnes en situation de précarité. D'autre part, nous souhaitons rendre compte de l'évolution de trajectoires professionnelles singulières, qui se sont construites au fil du temps et au contact d'un public précaire en souffrance. L'objectif est de faire valoir des pratiques cliniques de psychologues dans un champ spécifique, qui est celui de la précarité. Aussi, l'intérêt est de refléter le processus de transformation de l'identité professionnelle que ce travail implique.

Au départ de ces objectifs, deux questions de recherche ont pu être formulées : 1) *Quelles seraient les particularités du travail de psychologue avec des personnes en situation de précarité ?* 2) *Comment des praticiens de terrain ayant suivi une formation de psychologue élaborent-ils la transformation de leur pratique, de leur identité professionnelle, au cours du temps et au contact d'un public précaire ?*

Selon nos hypothèses, le psychologue devrait s'adapter à des publics particuliers et est amené travailler d'une manière qui se distinguerait d'une prise en charge classique dans un bureau. D'après nos observations personnelles, nous formulons l'hypothèse qu'il existerait des caractéristiques propres au travail du psychologue dans ce contexte, telles que le fait de se déplacer, d'aller vers les bénéficiaires ou de réaliser des démarches sociales. Ensuite, nous postulons que les psychologues construiraient leur identité professionnelle de façon particulière lorsqu'ils travaillent dans ce secteur. Ils seraient confrontés à une série de réalités qui les conduiraient à transformer leur pratique et leur vision du monde.

Pour ce mémoire, une étude qualitative et exploratoire est menée en Belgique auprès d'acteurs de terrain. Cinq intervenants, ayant suivi une formation en psychologie et travaillant actuellement dans le secteur de la précarité, ont été rencontrés. Nous les avons invités à témoigner de leur pratique et de leur parcours. Leurs récits de vie professionnelle constituent la base de nos analyses.

Dans la première partie du travail, un chapitre est consacré aux repères théoriques et aux éléments de contextualisation. Différents concepts de base, inhérents aux personnes en situation de précarité, y sont expliqués. Ainsi, ces notions permettent de mieux comprendre les enjeux dans lesquels peuvent être pris les professionnels.

Ensuite, la méthodologie est détaillée et son choix est argumenté. Nous explicitons la démarche du récit de vie professionnelle telle que nous l'avons appliquée. Une section est dédiée au recrutement des participants et à leurs caractéristiques. La procédure d'analyse des récits et la façon dont nous utilisons les informations récoltées par la suite sont également exposées.

Pour le troisième point, une présentation des intervenants est réalisée sous la forme de récits chronologiques. Cette section permet d'avoir un aperçu global des différentes trajectoires des intervenants rencontrés, ainsi que de suivre le fil de leur narration et de leur pensée par la suite.

En quatrième lieu, l'analyse thématique et transversale comprend l'ensemble des notions principales qui ont été retenues des récits de vie professionnelle. Les idées des intervenants y sont organisées et regroupées, de sorte à établir des parallèles entre les différentes expériences. L'intérêt est également de faire ressortir les éléments saillants de chacun des parcours.

Pour terminer, une discussion s'attèle à établir des liens entre les éléments clés de nos analyses et la littérature scientifique existante. Notre intention est d'étayer davantage nos réflexions par rapport à nos questionnements de départ et de tirer des conclusions du travail.

## 2. REPÈRES THÉORIQUES, ÉLÉMENTS DE CONTEXTUALISATION

---

Pour introduire la thématique de ce mémoire, quelques repères théoriques semblent importants à exposer. L'objectif de cette section est de donner un aperçu de différentes notions clés inhérentes au public en situation de précarité, ainsi qu'au contexte de travail des psychologues que nous avons pu rencontrer et à leur façon de travailler avec ces populations. Ainsi, les idées évoquées dans les chapitres qui suivront pourront être mieux appréhendées.

Cet état de la littérature a été en partie conçu en nous inspirant des concepts définis dans notre TFE (Laperche, 2019). Parmi les cinq sous-points abordés dans ce chapitre, les quatre premiers intitulés sont similaires à quatre sous-points du TFE (Laperche, 2019, pp.7-13). D'un travail à l'autre, une partie de la littérature a été réutilisée mais d'autres sources ont été ajoutées et le contenu des quatre sections en question a été reformulé, remanié et étoffé.

Deux premiers concepts centraux que nous détaillons successivement sont la précarité et l'exclusion sociale. Ensuite, nous présentons la santé mentale et la souffrance psychique comme étant deux entités associées mais comportant des nuances et des modalités propres. Le quatrième point est dédié à l'errance et l'errance psychique, qui sont également des dimensions essentielles pour comprendre les problématiques des bénéficiaires concernés. Ces quatre sections ont pour fonction de décrire les personnes avec lesquelles les psychologues sont amenés à travailler et de rendre compte des difficultés psychiques, sociales et physiques auxquelles elles sont confrontées.

En dernier lieu, quelques idées à propos des cliniques de la précarité et de l'historique de certains dispositifs de soins accessibles à un public en errance sont exposées. Ce point aborde brièvement le type d'accompagnement et la réalité de travail des intervenants dans ce contexte de précarité. Néanmoins, ces notions seront largement développées et discutées ultérieurement.

## 2.1 PRÉCARITÉ

Dans ce travail, la notion de précarité renvoie largement à la théorisation de Jean Furtos. Néanmoins, nous retenons également la définition selon laquelle un individu précaire est « celui qui n'a rien de stable, d'assuré, celui qui est dans l'incertain, le provisoire, le fragile. » (Cazals-Ferré & Llorca, 2004, p.30).

D'après Furtos (2011, p.30), la précarité est comprise de façon générique comme étant la « peur de perdre » des « objets sociaux ». Selon Furtos (2005, p.17), ce concept d'objet social renvoie à des entités concrètes ou des biens tels que le logement, l'emploi, la formation, etc. Aussi, ces objets sociaux confèrent aux individus un statut et une reconnaissance qui leur permettent de créer du lien (Furtos, 2005, p.17). Par ailleurs, Furtos (2005, p.17) qualifie une société de précaire « lorsque ses membres deviennent obnubilés par l'obsession de la perte possible ou avérée des objets sociaux. »

Une première distinction terminologique établie par Furtos (2005, p.16 ; 2011, p.30) concerne la notion de pauvreté, qui signifie « avoir peu », et la « précarité sociale ». En effet, l'auteur estime que l'une peut aller sans l'autre (Furtos, 2005, p.16 ; Furtos, 2011, p.30). En outre, la « grande précarité » est semblable à la pauvreté ou même à la misère (Furtos, 2005, p.16 ; Furtos, 2011, p.30).

Ensuite, Furtos (2011, p.30) distingue différents types de précarité qui sont néanmoins parfois liés. D'une part, la « précarité sociale » renvoie aux « statuts sociaux précaires » et aux moyens financiers (Furtos, 2011, p.30). D'autre part, la « précarité psychique » ou « précarité psychologique et existentielle » a trait à tout être humain puisqu'elle rend compte de sa vulnérabilité à être exclu et de sa dépendance aux autres (Furtos, 2005, p.16 ; Furtos, 2011, pp.30-31). En effet, pour se sentir complète et être reconnue socialement, chaque personne a besoin « d'être considérée comme digne d'exister parmi les humains. » (Furtos, 2005, p.16).

De plus, Furtos (2011, p.30) explique que cette « précarité psychique « normale » » qui sous-tend un lien social sain peut être amenée à se transformer en « précarité exacerbée » (Furtos, 2005, p.16). Dans ce cas-ci, la précarité peut engendrer une « triple perte de confiance » (Furtos, 2005, p.16 ; Furtos, 2011, p.31). L'individu perd confiance en l'autre, en lui-même et en l'avenir (Furtos, 2005 ; Furtos, 2011). Ainsi, les personnes concernées et qui se situent en équilibre instable sont plus susceptibles de basculer vers l'exclusion (Cazals-Ferré & Llorca, 2004).

## 2.2 EXCLUSION SOCIALE

Selon l'approche psychosociale, le concept d'exclusion se situe entre la perspective de celui qui exclut et celui qui subit l'exclusion (Abrams, Hogg & Marques, cités dans Carrillo, 2012). Cela fait référence aux dynamiques intergroupes (Abrams, Hogg & Marques, cités dans Carrillo, 2012) et à la norme sociale. En effet, ces deux notions antagonistes traduisent souvent un rapport entre des personnes ou des groupes d'individus et des institutions sociales (Blunski Ackermann, 2013). Dans la mesure où tout individu aspire à être inclus, et donc à appartenir à un groupe social, l'inclusion et l'exclusion doivent être étudiées en prenant en compte leur dualité (Abrams, Hogg & Marques, cités dans Carrillo, 2012).

La notion d'« exclusion sociale » a été élaborée par le père Joseph Wresinski dans le début des années 1960 comme étant un problème inhérent à la pauvreté extrême (cité dans Blunski Ackermann, 2013). « Selon lui, l'exclu ne partage plus la culture de la société à laquelle il appartient et... n'a plus accès à la sphère des droits fondamentaux » (Wresinski, cité dans Rullac, 2006, p.19). Par la suite, l'auteur Jules Klanfer (1965, cité dans Blunski Ackermann, 2013) a précisé que ce phénomène survenait dans les pays riches. D'après une définition plus actuelle, l'exclusion serait « une réalité dynamique » et non pas un statut définitif (Kovess-Masféty, 2001, p.3). Par ailleurs, elle serait caractérisée par une impossibilité de jouir de droits sociaux, en lien avec le parcours de vie de l'individu en question (Kovess-Masféty, 2001).

Bien que fort utilisée dans la littérature en ce qui concerne la problématique du sans-abrisme, la notion d'exclusion est également très controversée. « Le défaut principal de ce terme est qu'il induit une représentation qui oppose inclus et exclus. » (Kovess-Masféty, 2001, p.3). Ensuite, cela « traduit le rejet exprimé par une majorité vis-à-vis des comportements d'une minorité, considérés comme déviants et dont l'appartenance culturelle à la société est questionnée. » (Rullac, 2006, p.22).

D'après Alexandre Vexliard (1950, cité dans Mucchielli, 1998, p.110), « la population des clochards ne forme pas un groupe social ». En effet, pour lui, il s'agit d'un ensemble très hétérogène englobant des individus avec des situations et des parcours divers (Vexliard, 1950, cité dans Mucchielli, 1998). Néanmoins, Vexliard établit un ensemble de traits de personnalité inhérents aux clochards et postule qu'ils sont le produit d'un processus dynamique de « désocialisation » (Vexliard, 1950, cité dans Mucchielli, 1998, p.114).

Ainsi, quatre phases consécutives de la désocialisation sont mises en évidence : agressivité, régression ou repli, tentative de résoudre le conflit et de rompre avec le passé, « résignation » (Vexliard, 1950, cité dans Mucchielli, 1998, pp.114-115). Au terme de cette dernière étape, si la personne combine certaines conditions sociales et histoires de vie, le phénomène d'exclusion peut survenir (Vexliard, 1957, cité dans Arveiller et al., 2016). Par conséquent, l'individu se retrouve en marge de la société, désinvesti socialement, insensible « aux gratifications ou aux frustrations, aux succès ou aux échecs » (Vexliard, 1950, cité dans Mucchielli, 1998, pp.116).

D'un point de vue plus socio-politique, l'exclusion est une problématique considérable de nos sociétés actuelles qui voient croître les inégalités sociales (Maisondieu, 2002). Pour la société, un individu exclu est perçu comme inutile et dérangeant, « toujours vivant, mais mort à la relation parce que ne présentant plus aucun intérêt » (Maisondieu, 2002, p.86). En fait, tenter de faire disparaître les exclus en les invisibilisant ou en les réinsérant permet aux personnes intégrées à la société d'ignorer leur propre précarité à tomber dans l'exclusion (Maisondieu, 2002). Ce déni et cette altérisation constituerait « la solution pour réduire l'exclu à l'inexistence sans le tuer. » (Maisondieu, 2002, p.89).

Dans son ouvrage intitulé « La question SDF », l'auteur Julien Damon (2012) critique vigoureusement l'emploi du concept de désocialisation qui mène à considérer les personnes sans domicile fixe (SDF) d'un point de vue pathologique. Pour Damon (2012), il s'agit d'une vision déterministe et fataliste qui risque de figer les SDF dans des comportements incohérents et dénués de rationalité. Or, « quel que soit le temps passé à la rue, on trouve toujours des capacités d'action. » (Rullac, 2006, p.28).

Dans le même ordre d'idées, Stéphane Rullac (2006, p.133) avance l'idée que les populations SDF « demeurent des acteurs sociaux qui disposent d'un espace de liberté restreint mais effectif, compatible avec l'exercice de leur libre arbitre. » En ce sens, il n'envisage nullement ces personnes comme des indigents, des désocialisés ou des exclus (Rullac, 2006). Selon lui, ils s'inscrivent effectivement dans la dynamique sociale mais pas de manière normative (Rullac, 2006).

Au niveau psychique, l'individu dont l'existence est remise en cause de façon imaginaire par autrui ne se sent plus à sa place et « se vit comme étranger parmi les siens qui ne le reconnaissent pas comme l'un des leurs » (Maisondieu, 2002, p.90). Des sentiments de honte, de désespoir et d'impuissance sont rapidement ressentis par la personne (Maisondieu, 2002). En effet, l'exclusion produit un panel de sentiments négatifs comme la dévalorisation de soi et

l'impression d'être inutile socialement, ce qui entraîne une grande souffrance chez la personne (Kovess-Masféty, 2001). Celle-ci va alors tenter de se protéger contre ces émotions insoutenables en les inhibant et en paralysant ses pensées (Maisondieu, 2002). Parmi ces manifestations, Jean Maisondieu (1997, cité dans Furtos, 2005, p.20) conceptualise « la triade de l'exclusion », qui comprend la honte, le découragement et l'inhibition.

De l'exclusion, ce mécanisme peut mener au « syndrome d'auto-exclusion » si l'individu ne présente pas « une assez bonne santé mentale » (Furtos, 2005, pp.20-21). Ces notions sont détaillées dans le point suivant, concernant la souffrance psychique.

### 2.3 SANTÉ MENTALE ET SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Pour commencer, il semble important de mentionner que la souffrance psychique s'articule étroitement avec la notion de santé mentale (Dissez, 2006). Cette dernière constitue l'un des secteurs de la santé publique et « regroupe l'ensemble des modalités de prise en charge de la souffrance psychique » (Dissez, 2006, p.19).

De façon plus générale, l'Organisation mondiale de la Santé (2019, p.1) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ici, il est intéressant de noter que la santé ne se résume pas à un état physique mais est également dépendante d'une situation sociale et psychique (La Rosa, 1998). Par ailleurs, la santé mentale comporte également une dimension politique qui a pour visée le bien-être égal des citoyens (Dissez, 2006). La santé est aujourd'hui devenue « un bien capital à garder et à entretenir. » (La Rosa, 1998, p.9).

Récemment, l'OMS (2022, Concepts de santé mentale, para. 1) a établi une définition de la santé mentale :

La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté.

Ci-dessus, les définitions proposées renvoient une vision dichotomique de la santé, où le bien-être est synonyme de « bonne santé mentale » et où la souffrance équivaut à un état pathologique (Furtos, 2005, p.10). Or, Furtos (2005) soutient l'idée que la souffrance est propre à la condition humaine car c'est notre sensibilité qui nous permet d'appréhender le réel. L'auteur préconise une autre définition de la santé mentale « suffisamment bonne » (au sens

de Winnicott) : elle « peut être définie *comme la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte.* » (Furtos, 2005, p.32).

En outre, Furtos (2005, p.32) explique que la santé mentale peut être impactée par une « souffrance psychique d'origine sociale ». Cette notion a été reprise de Freud qui l'évoque dans son ouvrage « Malaise dans la culture » (Furtos, 2011). Cette forme de souffrance issue des relations interpersonnelles serait, selon Freud (1929/2016), la plus délicate à admettre. Furtos (2011, p.29) parle même d'une « douleur d'existence ». De plus, elle résulterait de « l'expression individuelle et sociale de l'exclusion. » (La Rosa, 1998, p.176).

En effet, la marginalisation de certains individus serait due au dysfonctionnement d'une société inapte à inclure tout le monde (La Rosa, 1998). Cependant, les conséquences de cette « détresse sociale » portent, à un niveau individuel, sur l'état psychique des gens (La Rosa, 1998). Selon Furtos (2011), l'exclusion est la plus grande souffrance humaine. L'auteur détermine trois types de souffrance psychique, pouvant survenir à la suite d'une perte effective ou de la crainte de perdre des objets sociaux (Furtos, 2011).

Une première forme de souffrance est celle « qui aide à vivre » et qui permet à l'individu de rester en lien avec lui-même et les autres (Furtos, 2005, p.17). Dans ce cas-ci, la personne cultive ses capacités créatives et d'investissement (Furtos, 2005). Face à l'incertitude de l'avenir, elle reste stimulée et peut s'appuyer sur le lien social (Furtos, 2005). Pour Furtos (2005), il s'agit ici d'une souffrance où la santé mentale est préservée.

Une seconde forme de souffrance concerne une situation de « précarité exacerbée », où la souffrance est paralysante et empêche progressivement de vivre (Furtos, 2005, p.18). À ce niveau, deux cas de figure peuvent être rencontrés à l'origine : soit la personne anticipe la réalité de la perte des objets sociaux, soit elle a déjà perdu son emploi et se trouve dans une situation de précarité sociale (Furtos, 2005 ; Furtos, 2011). Dans la première condition, l'individu est dans un état proche de la pathologie dépressive mais que Furtos (2005, p.18) nomme « la mélancolisation du lien social ». La personne commence à s'égarer, à se renfermer et perd confiance (Furtos, 2005). Lors de la deuxième condition, les aides sociales peuvent jouer un rôle bénéfique si l'individu reste désirant et continue à avancer (Furtos, 2005).

Enfin, le troisième type de souffrance résulte d'une évolution défavorable des deux formes de souffrance détaillées précédemment (Furtos, 2005). Il s'agit du « syndrome d'auto-exclusion » (Furtos, 2005, p.21), qui sous-tend paradoxalement « une souffrance qui empêche de souffrir,

donc de vivre. » (Furtos, 2005, p.17). Pour éviter d'endurer une souffrance psychique insupportable, l'individu s'anesthésie et se désinvestit de son existence (Furtos, 2005). L'auto-exclusion est un mécanisme de survie qui se manifeste à travers différents signes parmi lesquels se retrouvent l'« inhibition de la pensée et des émotions », une « anesthésie partielle du corps », des comportements de violence, une rupture sociale, une diminution partielle ou totale de la honte, « l'incurie », une disparition de la demande, une perception de la réalité altérée et finalement la mort dans certains cas (Furtos, 2005, pp.21-24).

## 2.4 ERRANCE ET ERRANCE PSYCHIQUE

Dans la littérature, les descriptions du phénomène de l'errance sont complexes et variées. Pour ce point, quelques éléments ont été repris afin de donner un aperçu concis des notions pertinentes pour le thème d'intérêt de ce travail.

Le terme d'« errance psychique » employé dans la thèse de Franck Mathieu (2011) a été emprunté à l'auteure Marie-Lise Roux (1996, citée dans Mathieu, 2011). Cette notion qualifie une « absence de maîtrise, absence de ressources internes qui permettraient de faire face à une situation de crise » (Mathieu, 2011, p.35). En effet, l'errance aurait une dimension sociétale mais également psychologique (Boinot, 2007).

Décrite autrement, « l'errance psychique pourrait être une réaction défensive suite à une rencontre traumatique ou venir d'une rupture de l'équilibre psychique » (Hamidi, 2014, p.56). Pour Zaïneb Hamidi (2014, p.73), l'errant se situerait dans une « impasse psychique ». Les auteurs Scotto di Vettimo et Miollan (2005, cités dans Hamidi, 2014) définissent l'errance comme un état d'entre-deux où le sujet ne parviendrait pas à trouver d'accroche dans le monde et se percevrait comme un étranger. Cela rejoint le point de vue d'Olivier Douville (2004) qui situe la personne en errance dans un dilemme entre la vie et la mort. « Dans l'errance, la temporalité ne renvoie pas le sujet à un avenir puisqu'il est prisonnier d'un infini présent. » (Franck, 2011, p.134).

De plus, la personne en errance aspirerait à trouver un objet, au sens symbolique du terme, pour combler le vide psychique ressenti (Gutton & Slama, 1994, cités dans Mathieu, 2011). Ainsi, P. Mouyon (cité dans Mathieu, 2011, p.94) caractérise les errants de « sans objets fixes ».

D'après Karine Boinot (2007), l'itinérance est à distinguer de l'errance car les voyageurs ont la caractéristique de pouvoir habiter un lieu. D'ailleurs, Zeneidi-Henry et Fleuret (2007) constatent que les SDF ne voyagent presque pas. Par ailleurs, « dans l'errance, il semble y avoir

une urgence à ne pas habiter. » (Franck, 2011, p.124). La mobilité apparaîtrait alors comme une manière de se défendre contre la souffrance d'un psychisme figé et morcelé (Green, 1979, cité dans Mathieu, 2011). Ainsi, l'errant en perte de repères se mettrait en mouvement, en quête d'un lieu auquel se raccrocher pour survivre (Mathieu, 2011).

Selon Catherine Alcouloumbré (2016), le corps est en interaction avec l'espace dans lequel il se meut. Dans l'errance, « le corps devient alors le lieu de l'expression pulsionnelle en panne de « représentations » » (Douville, 2004, p.91). En ce sens, l'impossible à dire se traduit sur le corps. Ainsi, la souffrance psychique du sujet marque le corps de sorte que la distinction entre la part psychique et la part environnementale est parfois floue (Mathieu, 2011).

Pour Furtos (2005, p.22), la rupture des liens avec les personnes de l'entourage « est le moteur de l'errance. » Ensuite, l'errance causée par des facteurs sociaux et personnels pourrait constituer l'entrée dans un « processus de clochardisation » (Boinot, 2007, p.81). En effet, pour des personnes dans une situation de précarité, l'errance peut être le début d'une déchéance sociale (Boinot, 2007). Pour certains individus, l'errance est une manière de se retirer du monde et d'éviter de subir les souffrances de l'exclusion (Boinot, 2007).

Pour pouvoir habiter, Vincent Tournier (2016) précise que le lien et le lieu doivent se croiser. Selon lui, le fait d'habiter permet de s'approprier un lieu qui évolue au fil des rencontres et des transformations du sujet (Tournier, 2016). Par ailleurs, un endroit où la rencontre ne serait pas possible n'apparaîtrait pas comme un lieu (Tournier, 2016), voire pourrait être un « non-lieu » (Alcouloumbré, 2016). Ainsi, « la marge est un espace nécessaire où gravitent des sujets, des pensées et des traces qui, dans l'attente de pouvoir être reconnus, errent à la frontière. » (Tournier, 2016, p.30).

Finalement, les notions d'espace et de temps sont essentielles lorsque l'on parle d'errance psychique. La personne en errance fait face à différents enjeux qui sont notamment habiter l'espace dans des lieux ou des non-lieux, la capacité de faire des rencontres et faire concorder le temps psychique avec celui de l'environnement. La mobilité et son impossibilité, tant au niveau psychique qu'au niveau spatio-temporel, est une caractéristique inhérente à ce public.

## 2.5 CLINIQUES DE LA PRÉCARITÉ

En 1999, au sein de l'ORSPERE<sup>1</sup>, Furtos (cité dans Furtos, 2012, p.33) définit la notion de « clinique psychosociale » comme étant une approche considérant la souffrance psychique qui apparaît dans un contexte social.

À partir de cela, de nouvelles cliniques ont vu le jour et ont pris forme sous différentes dénominations en fonction de leurs spécificités (Pégon, 2011). Parmi elles, nous pouvons notamment évoquer la « clinique de la désocialisation », élaborée par certains auteurs tels que Sylvie Quesemand Zucca (2009) et Patrick Declerck (2001). Ainsi, l'appellation « clinique de la précarité » recouvrirait ces types de clinique (Pégon, 2011, p.17).

Cette conception du travail avec des personnes en situation de précarité et de rupture englobe des dispositifs d'accompagnement au niveau social mais également d'un point de vue psychologique (Ion, 2005, cité dans Pégon, 2011).

De façon plus générale, l'auteur Jean-Pierre Martin (2009, p.115) envisage un travail des équipes mobiles à trois niveaux : auprès des bénéficiaires, au niveau de la « formation éthique » pour éviter de se laisser envahir par une forme de fatigue, et auprès des travailleurs sociaux en leur apportant du soutien. Ainsi, leur rôle est également de fournir des outils de prise en charge (Petit & Leroy, 2013).

En France, des équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) ont été créées dans le but de rendre les soins psychiatriques mobiles et donc plus accessibles (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011). Pour J.-P. Martin (2009, p.116), « l'équipe mobile est une interface ». À cela, Przewlocka-Alves et Boussard-Lalauze (2011, p.124) ajoutent que cette interface constituerait une passerelle « entre le secteur social et la psychiatrie, afin de créer un réseau plus stable autour du patient et de mener une réflexion commune sur l'accompagnement médico-psycho-social. »

---

<sup>1</sup> Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion, renommé Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP) depuis 2002.

### 3. MÉTHODOLOGIE

---

Après un temps de réflexion, le choix de la méthode du récit de vie professionnel nous a semblé pertinent au vu des questionnements de départ et de la thématique étudiée. En concordance avec nos questions de recherche, le récit de vie professionnel permettrait d'explorer en profondeur les dimensions du travail de psychologue avec des personnes en situation de précarité et de découvrir quelles en seraient les particularités. De plus, en référence à notre seconde question de recherche, la méthodologie choisie rendrait également compte de parcours singuliers où la construction de l'identité professionnelle de ces psychologues évoluerait au cours du temps.

Dans ce chapitre, quatre points sont développés. En premier lieu, nous détaillons la méthode du récit de vie et plus spécifiquement les modalités du récit de vie professionnelle. Dans ce point, nous précisons les notions et justifions aussi plus amplement notre choix. Ensuite, nous présentons notre démarche de recrutement des participants, les critères que nous avons fixés pour la sélection, ainsi que certaines caractéristiques des intervenants. Troisièmement, le déroulement des rencontres autour du récit est explicité. Pour terminer, la procédure et les modalités d'analyse des récits sont énoncées.

La façon dont la procédure et les entretiens ont été menés s'inspire grandement des notions vues au cours de « clinique biographique et méthode du récit de vie », dispensé en 2020 à l'UCLouvain par la Professeure Susann Heenen-Wolff.

#### 3.1 CHOIX DE LA MÉTHODE DU RÉCIT DE VIE PROFESSIONNELLE

Dans ce travail, la méthode choisie est celle du récit de vie. Il s'agit d'une méthodologie biographique qualitative et réflexive, permettant de mettre en évidence la subjectivité des vécus (Bertucci, 2012). Le récit de vie est une notion qui a été distinguée d'autres appellations et évoquée pour la première fois par Daniel Bertaux dans les années 1970 (Stupfler, 2013). Lors de la production du récit, la personne partage son expérience de vie à un interlocuteur (Bertaux, 2010, cité dans Stupfler, 2013). Ainsi, la narration de soi serait une manière pour le sujet de se représenter, de construire son identité, en communiquant ses expériences (Bertucci, 2012).

Bien que la production du récit puisse également se faire sous forme écrite, nous avons opté pour son expression orale dans ce mémoire. Selon Bertaux (2010), le récit de vie est raconté de manière plus spontanée et laisse plus de place au dialogue lorsqu'il est oral.

Dans leur ouvrage intitulé « Intervenir par le récit de vie », les auteurs Vincent de Gaulejac et Michel Legrand (2008) présentent le récit de vie comme une méthode pouvant être utilisée dans un cadre d'intervention thérapeutique. D'après eux, cette approche « offre un espace réflexif pour les individus en quête de sens et de repères. » (de Gaulejac & Legrand, 2008, p.15). Néanmoins, elle s'adresse à des sujets suffisamment sains, capables d'élaborer leur histoire personnelle et les conflits rencontrés (de Gaulejac & Legrand, 2008). Le récit de vie permettrait également de prendre conscience des différents éléments familiaux, historiques, sociaux et économiques impactant la trajectoire de l'individu (de Gaulejac & Legrand, 2008).

Par ailleurs, ce qui nous intéresse davantage dans ce mémoire est l'utilisation du récit de vie dans le champ de la recherche. Ainsi, le récit de vie s'inscrit dans une démarche exploratoire et peut être considéré comme une « méthode de recueil de données » (Vuilleminot, 1985, p.65). En effet, ce procédé vise à « obtenir d'un témoin qu'il raconte sa vie, pour ensuite en construire (avec lui) un produit communicable, exploitable » (Vuilleminot, 1985, p.65). Ainsi, le récit de vie contribuerait à produire du savoir (Bertucci, 2012). Pour aller encore plus loin, Marie-Madeleine Bertucci (2012, p.98) avance l'hypothèse que le récit de vie constituerait le « lieu privilégié » de l'élaboration du processus identitaire, dans la mesure où le chercheur et le narrateur construisent ensemble le récit dans une dynamique réflexive.

En ce qui concerne l'appellation du « récit de vie professionnelle », il s'agit d'une subdivision du récit de vie (Stupfler, 2013). Bertaux (2010, p.40) considère certains « domaines de l'existence », dont la sphère du travail, qui peuvent être examinés à l'aide du récit de vie. Ainsi, le récit de vie professionnelle permet de cerner de manière assez approfondie les enjeux sociaux, les mécanismes et les processus au sens large qui peuvent impacter le parcours professionnel à un niveau individuel (Stupfler, 2013). Aussi, il met en évidence des rapports singuliers au métier et valorise les parcours individuels (Tortrat, 2011). D'ailleurs, celui qui raconte peut ainsi prendre conscience de sa propre richesse, d'événements déterminants dans son parcours professionnel et de certains éléments significatifs de son individualité (Stupfler, 2013). D'un point de vue sociologique, le récit contribue également à une meilleure compréhension du secteur professionnel et de ses dynamiques (Stupfler, 2013).

Au sein de ce mémoire portant sur le travail de psychologue dans un contexte spécifique, les récits recueillis traitent des sujets en lien avec la vie professionnelle des intervenants. L'objectif est de se focaliser sur la trajectoire professionnelle de la personne et il est donc possible d'orienter le récit d'emblée afin de concorder avec le sens de l'étude (Stupfler, 2013). Ce

faisant, la pensée du narrateur est structurée par le biais du déroulement de sa carrière professionnelle (Stupfler, 2013).

Concrètement, l'entretien s'établit autour d'une technique semi-directive (Vuillemenot, 1985). En ce sens, l'objectif est de conserver le fil narratif de l'interlocuteur en le laissant s'exprimer librement mais tout en orientant le discours pour que cela corresponde au cadre d'intérêt (Vuillemenot, 1985).

Bernard Vuillemenot (1985) préconise d'étaler le récit sur plusieurs rencontres, elles-mêmes espacées d'un laps de temps suffisant. De fait, cela permet aux deux protagonistes de mieux se préparer aux entrevues suivantes (Vuillemenot, 1985). De son côté, le chercheur peut se replonger dans l'entretien, métaboliser et réfléchir à ce qui s'est dit (Vuillemenot, 1985). Il peut aussi porter un regard critique sur ses propres propos et relever les passages qui méritent un approfondissement (Vuillemenot, 1985).

Pour ce travail, nous avons fixé le nombre de rencontres à trois, selon la procédure vue au cours de S. Heenen-Wolff (2020). À cela s'ajoutent au préalable un premier contact téléphonique et écrit, ainsi qu'un entretien de contrat (Heenen-Wolff, 2020). Le contenu et l'objet de ces entrevues sont détaillés ci-après, dans le point 3.3.

Nous avons choisi d'enregistrer les trois rencontres de recueil du récit sous format audio. L'avantage principal de cette technique est qu'elle permet de n'omettre aucun détail du discours verbal de la personne (Vuillemenot, 1985). Elle permet même, dans une moindre mesure, de capter certaines informations non verbales telles que les silences ou les soupirs, par exemple (Vuillemenot, 1985). Cet outil nous a également permis de maintenir notre écoute tout au long d'une rencontre, et d'éviter de passer par la prise de notes en direct.

Une fois que la rencontre est enregistrée, il s'agit de la retranscrire. L'auteur Vuillemenot (1985, p.76) décrit trois manières de rédiger et nous avons opté pour celle considérant une « distance moyenne » par rapport au contenu. Cela implique que le discours de l'intervenant est adapté pour rendre compte d'un langage rédactionnel à peu près standard (Lejeune, 1980, cité dans Vuillemenot, 1985). Les fautes d'orthographe sont corrigées, les hésitations sont souvent supprimées et la syntaxe est parfois modifiée (Vuillemenot, 1985). Cette technique concilie la réalité du discours spontané et les normes rédactionnelles (Vuillemenot, 1985).

Pour pouvoir exploiter le matériel, il faut ensuite traiter les informations brutes. En effet, le récit est bien souvent raconté selon un certain fil de pensées et ne suit pas une logique

chronologique ou thématique lorsqu'il est exprimé (Vuillemenot, 1985). L'ordre du récit peut donc être remodelé à l'aide de « la technique du découpage » (Vuillemenot, 1985, p.78). Dans le cadre de ce travail, les deux modalités de reconstruction évoquées par Vuillemenot (1985) ont été retenues et sont à nouveau évoquées dans le point 3.4.

Dans un premier temps, un récit biographique suivant de façon chronologique le récit de la personne a été réalisé (Vuillemenot, 1985). Ces résumés sont présentés dans le point 4. Ils rendent compte de la trajectoire de vie professionnelle des intervenants et situent les événements clés dans le temps.

Pour finir, une analyse thématique a été élaborée afin de dégager des notions, des mots-clés et des dimensions importantes de chacun des récits (Vuillemenot, 1985). Afin d'intégrer les fragments d'analyse à ce travail, une comparaison transversale a été effectuée en articulant les notions entre les différents intervenants et en les faisant dialoguer.

### **3.2 RECRUTEMENT ET CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENANTS**

Pour recruter nos intervenants, nous avons tout d'abord sollicité une personne qui travaille sur le terrain et qui avait encadré notre stage précédent. Celle-ci nous a fourni des idées de personnes et d'institutions à contacter. Nous avons également cherché par nous-même des adresses d'institutions faisant partie du secteur de la précarité, qui nous semblaient en adéquation avec notre champ de recherche. Toutes les personnes avec lesquelles nous interagissions dans un premier temps se sont montrées particulièrement aidantes et nous proposaient d'autres pistes ou contacts potentiels. Ce qui a le mieux fonctionné était le bouche-à-oreille.

Notre recrutement ne s'est pas avéré toujours aisé, et ce pour deux raisons qui relèvent de nos constats : peu de psychologues travaillent actuellement dans le réseau précarité en Belgique et ceux-ci occupent souvent des postes de travailleurs sociaux. De ce fait, ils ont peu de visibilité sur les sites internet des institutions et leur titre professionnel est parfois méconnu des autres acteurs du réseau.

Le premier contact avec les intervenants s'est déroulé par courriel ou par téléphone. Si le contact se faisait par téléphone, un courriel leur était envoyé en supplément pour qu'ils puissent bénéficier des informations relatives aux modalités par écrit. Un exemple de ce courriel explicatif se trouve en Annexe 1.

Au niveau des critères de participation, les cinq personnes visées par cette recherche ont effectué un parcours de formation en psychologie. Nous souhaitons rencontrer des professionnels ayant effectué des études en psychologie et travaillant actuellement dans le secteur de la précarité. Parmi les participants, deux ont un diplôme en psychologie clinique, tandis que les trois autres détiennent respectivement un diplôme en psychologie sociale, en psychologie légale et en population et développement. À ces formations de base s'ajoutent, pour certains, d'autres filières telles que le doctorat ou la criminologie. Tous travaillent dans le secteur de la précarité depuis au moins un an et demi.

De plus, les professionnels rencontrés travaillent en Belgique et sont francophones. Nous avons décidé de ne pas nous cantonner à une ville en particulier afin de donner un aperçu à plus grande échelle du travail avec la précarité et de rendre compte d'une réalité de terrain potentiellement transposable à différents milieux urbains.

Ensuite, un autre critère de participation concerne le public avec lequel ces professionnels travaillent. Ils accompagnent des personnes en situation de précarité, au sens où nous intégrons le terme dans ce mémoire (cf. point 2.1).

Un dernier critère est le fait de travailler en étant mobile, d'aller à la rencontre des individus. En effet, ces intervenants ont pour point commun de travailler en rue ou de se rendre sur les lieux de vie des bénéficiaires. Cette caractéristique concorde avec l'une de nos hypothèses de recherche qui sous-tend la nécessité de se déplacer pour pouvoir entrer en contact avec ce public particulier. Cependant, deux des participants réalisent également des entretiens dans un bureau en parallèle.

Pour ce mémoire, il nous a semblé pertinent de mettre en avant une variété de profils. Ces quelques témoignages singuliers traduisent différentes possibilités d'accès à un métier clinique au départ de l'orientation en psychologie.

### **3.3 RÉCITS EN TROIS TEMPS**

Les récits de vie professionnelle ont été réalisés entre décembre 2021 et avril 2022. Avant de rencontrer les personnes, nous avons déjà un premier contact téléphonique et écrit afin de leur transmettre au préalable les informations pratiques nécessaires. Ainsi, nous leur décrivions notre profil, notre intérêt pour le sujet, l'objet du mémoire et le déroulement des prochaines rencontres.

Ensuite, un entretien de contrat avait lieu en visioconférence. Cette première rencontre permettait de faire connaissance et de réexpliquer en profondeur toutes les modalités concernant le contenu à aborder ainsi que les aspects déontologiques auxquels nous étions tenus. Nous laissions également la possibilité aux personnes de poser leurs questions éventuelles. Ainsi, nous obtenions l'accord oral des participants.

Selon la méthode choisie, Les entretiens duraient approximativement une heure chacune et étaient espacées d'environ une semaine. Les intervenants ont été rencontrés sur leur lieu de travail ou à domicile. L'élaboration des récits s'est faite en trois temps.

Lors de la première rencontre, il s'agissait de récolter un récit rétrospectif et de permettre à la personne de se déployer. Nous invitons la personne à mener une réflexion sur sa trajectoire professionnelle, à s'interroger sur sa pratique et sur la façon dont elle construit son identité professionnelle au fil du temps. Selon la démarche de Maria-Graciela Vargas-Polack (2015, citée dans Heenen-Wolff, 2020), nous précisons que l'objet de la séance du jour était de faire une sorte de voyage vers son passé. Aussi, l'idée était que la personne soit libre de raconter ce qu'elle souhaitait. Nous annonçons que nous allions peu l'interrompre car c'était elle qui menait la barque de son récit. Enfin, nous lui proposons de commencer à raconter, de se lancer. Pour cette rencontre, nous n'avions pas préparé de questions. Nous partions du principe que nous allions rebondir de temps en temps sur les propos du sujet afin de l'amener à développer davantage.

La deuxième rencontre était davantage focalisée sur le présent. Nous abordions les dimensions actuelles du travail de la personne, sa philosophie de travail et les aspects concrets de sa pratique. À l'avance, nous suggérons à l'intervenant de songer à deux situations cliniques de personnes qui l'auraient marqué. Nous spécifions qu'il s'agirait de situations phares, qui auraient posé question, qui auraient eu un impact sur sa vision du travail ou qui auraient suscité des réflexions à propos de sa pratique professionnelle. Le but était que les intervenants nous fassent part de ces exemples pour illustrer leurs propos. Finalement, pour cette rencontre nous préparions au préalable des questions de précision ou d'approfondissement, surtout en lien avec les éléments amenés lors de la séance précédente. L'idée était de revenir sur certaines informations pour pousser la réflexion plus loin.

La troisième rencontre constituait la clôture du processus de récit de vie professionnelle. Ce dernier échange permettait à l'intervenant de partager ses projets pour le futur, ses questionnements et son feedback à propos de la manière dont il avait vécu cette expérience de

récit de vie. Il s'agissait d'adopter un regard plus métaréflexif. Pour cette rencontre, nous laissons l'espace à la personne de nous communiquer les questionnements les plus présents actuellement à leur esprit concernant leur pratique, ainsi que les éventuelles questions que ces rencontres auraient soulevées. Aussi, nous demandions au professionnel de nous décrire ses perspectives pour le futur, ses projets. Pour finir, la personne nous exposait son feedback sur la façon dont elle avait vécu cette expérience et le fait de se raconter.

Après chaque rendez-vous, nous introduisions la séance suivante afin de permettre à la personne de se préparer et se projeter dans la prochaine rencontre. Tout au long des rencontres, l'enjeu était pour nous de modérer et d'adapter nos interventions en fonction de chaque intervenant et de rebondir adéquatement sur le contenu amené par la personne. L'objectif était de rester le plus possible dans une démarche non-directive. Les retranscriptions complètes de ces rencontres se trouvent en annexes (Annexes 2 - 16).

### **3.4 PROCÉDURE ET MODALITÉS D'ANALYSE**

Pour réaliser ces rencontres de récit de vie, les règles de déontologie du psychologue, notamment en ce qui concerne le secret professionnel, ont été respectées (Arrêté royal fixant les règles de déontologie du psychologue, 2018). Cela a permis de créer un cadre clair et sécurisant pour les personnes qui ont accepté de participer à ce projet. Ainsi, cela implique que les personnes étaient informées qu'elles pouvaient arrêter à tout moment et que leurs propos leur appartenaient (Heenen-Wolff, 2020).

Pour pouvoir disposer d'un matériel le plus complet possible et afin de faire preuve d'une meilleure écoute, nous avons eu recours à des enregistrements sous format audio. Seules les trois rencontres autour de l'élaboration du récit de vie professionnelle étaient concernées par ce dispositif. Par souci de confidentialité, il était annoncé d'emblée aux participants que ces enregistrements seraient supprimés une fois les retranscriptions effectuées. Ainsi, le matériel écrit pouvait être utilisé dans le cadre strict de ce travail.

Dans les retranscriptions (cf. Annexes 2 - 16), les propos ont été anonymisés. En effet, tous les noms qui s'y trouvent ont été remplacés par des noms d'emprunt et certaines informations comme les noms de lieux ont été supprimées ou adaptées pour garantir l'anonymat.

Pour débiter l'analyse, nous avons parcouru les retranscriptions effectuées. De cette manière, les informations ont été triées et agencées subjectivement, d'abord de manière verticale et ensuite transversale.

Pour chaque personne, un récit chronologique a été construit (ils sont présentés dans le point suivant). L'intérêt est de pouvoir retracer brièvement le parcours de la personne et de se faire une idée de sa trajectoire d'un point de vue plutôt séquentiel. Après cela, un regroupement thématique a été réalisé. Les propos évoqués par la personne tout au long des trois rencontres ont été classés selon différentes sous-catégories. Ces rubriques ont émergé d'après notre interprétation des sujets abordés par les intervenants.

Ensuite, nous avons effectué une comparaison transversale entre les récits des intervenants. Les informations verbales ont été recoupées en fonction de la similarité des sous-catégories identifiées. Finalement, les différents mots-clés ou éléments thématiques ont été organisés afin d'en dégager des catégories plus englobantes et de les harmoniser. L'objectif était de mettre en perspective les idées des intervenants et de les faire dialoguer entre elles.

## 4. PRÉSENTATION DES INTERVENANTS

---

Dans ce point, les cinq intervenants sont présentés consécutivement et un nom d'emprunt leur a été respectivement attribué afin de préserver leur anonymat. Leurs parcours ont été retracés de façon chronologique, exclusivement sur base des éléments mentionnés durant les rencontres (dont les retranscriptions se trouvent en Annexes 2 - 16). Les propos des intervenants sont souvent repris ou paraphrasés, par souci d'authenticité. Néanmoins, ces résumés chronologiques sont le fruit d'une reconstruction du récit et inévitablement soumis à la subjectivité du chercheur, comme mentionné précédemment.

L'objectif de cette section est de donner un aperçu général des différentes trajectoires professionnelles. Par la suite et en articulation avec l'analyse, l'idée est de rendre compte de la manière dont chacun a pu s'approprier son travail en fonction de ses expériences de vie.

### 4.1 ARIANE

Ariane est d'origine grecque et a fait sa scolarité en Grèce. Après l'école secondaire, elle avait pensé à entamer des études de philosophie ou d'histoire mais son père voulait qu'elle choisisse une filière qui lui permettrait d'arriver directement sur le marché du travail. Elle s'est donc lancée dans la psychologie et est partie en Angleterre pour faire son bachelier. C'était important pour elle de s'imprégner du discours scientifique.

Durant sa formation universitaire, Ariane a surtout été formée à la thérapie cognitivo-comportementale mais elle a également fait un peu de systémique et de psychothérapie expérientielle. Par la suite, elle s'est formée durant un an à l'*open dialogue*<sup>2</sup>.

Pour répondre à ses besoins financiers pendant ses études, Ariane a enchaîné quelques jobs. D'abord, elle a travaillé en tant qu'aide-soignante. Lors d'un été en Belgique, elle a réalisé un petit stage d'un mois ou deux dans un service d'accueil d'urgence pour des familles. Entre son bachelier et son master, elle a travaillé en neuro-réhabilitation. Elle passait beaucoup de temps à l'hôpital mais elle faisait également des visites à domicile. A travers ces expériences, elle a pu se familiariser avec le statut de psychologue et a été éveillée aux besoins primaires des gens.

---

<sup>2</sup> Il s'agit d'un mouvement alternatif et humaniste finlandais dont l'une des idées principales est d'organiser des réunions de réseau, qui regroupent les différents professionnels autour de la personne (von Peter et al., 2021).

En parallèle, Ariane a toujours été intéressée par la recherche. Son stage de master s'est déroulé dans un service pour des personnes souffrant de troubles alimentaires.

Durant son master, Ariane a elle-même éprouvé des soucis psychologiques et a côtoyé le monde psychiatrique en tant que bénéficiaire. Elle a finalement pu terminer son master mais avec beaucoup de difficultés. Cette expérience personnelle est venue chambouler ses croyances et convictions. D'après son vécu personnel, elle a débuté une réflexion par rapport au choix du traitement et aux questions économiques qui englobent la santé mentale en termes de statut et de capital financier. À ce moment-là, elle est rentrée en Belgique chez ses parents, afin de fuir le système anglais qu'elle jugeait davantage contrôlant en matière de santé mentale. Elle a ensuite bénéficié d'un suivi psychologique.

Après cela, Ariane est retournée en Angleterre pour travailler dans deux services : un Service de Santé Mentale (SSM) typique et une équipe communautaire pour des premiers épisodes de psychose. Dans le cadre de ce second emploi, Ariane est sensibilisée à la thématique de la psychose et commence à s'informer davantage par rapport aux alternatives à la psychiatrie comme la *pair-aidance*, ou « les entendeurs de voix ». Cela lui a fait prendre conscience qu'il était possible de prendre en charge les patients sans leur administrer un traitement médicamenteux, dans l'idée d'« éviter la *supériorisation* » et de « *dépathologiser* » (Ariane, Annexe 2, p.5). Son monde a commencé à se transformer.

Par ailleurs, le SSM dans lequel elle travaillait était un service assez protocolaire et qui abordait la psychiatrie de façon plutôt classique. Elle devait notamment réaliser des évaluations du risque suicidaire auprès de patients. Un jour, l'une de ses patientes, avec qui elle avait réalisé tous les tests requis, s'est suicidée. Cet événement a bouleversé Ariane. Elle s'est rendu compte que si la science ne fonctionnait pas, elle pouvait avoir des effets très néfastes, menant parfois à la mort. Elle en a déduit que la science était erronée et ce fut un choc important.

Ensuite, Ariane a saisi l'opportunité de faire un doctorat en Belgique (2014-2019). Pour elle, c'était l'occasion de quitter l'Angleterre et de travailler dans le domaine de la psychiatrie mais sans sa casquette professionnelle de psychologue. Dans le cadre de ce projet de recherche, qui s'intégrait dans la mise en place de la Réforme 107<sup>3</sup>, Ariane a pu observer des équipes mobiles et rencontrer des personnes sur le terrain. Elle a pu se forger un bagage théorique conséquent mais elle a également déconstruit beaucoup de choses. Elle a constaté que les équipes mobiles

---

<sup>3</sup> Cette réforme fait référence à l'Article 107 de la loi relative aux hôpitaux et autres établissements de soins.

reproduisaient les mêmes mécanismes de pouvoir et de contrôle qu'en institution psychiatrique. Elle a été désillusionnée car elle s'attendait à des propositions d'alternatives, des soins désinstitutionnalisés et une plus grande malléabilité.

Pour finir, elle a été engagée depuis deux ans en tant que coordinatrice d'une petite équipe mobile. Ariane va à la rencontre de personnes vulnérables en situation de précarité, qui sont dans la non-demande, qui sont méfiantes et qui ne veulent pas des institutions ni de soins. Dans son service, ils tentent de créer une vraie alternative, de déconstruire, même s'ils s'inscrivent dans un système institutionnel. Elle a appris à laisser sa casquette de psychologue de côté pour pouvoir créer un lien, une accroche.

## 4.2 MATHILDE

Mathilde a 28 ans. Elle a fait des études de psychologie à l'université durant cinq ans et a suivi une mineure en criminologie. Son choix d'études a été guidé par son envie d'aider les gens. Elle s'est rendu compte que les années de bachelier étaient très théoriques. Elle a réalisé son master en psychologie, organisation, travail et société, car cette filière comportait de la psychologie sociale, ce qui l'intéressait beaucoup.

Lors de sa première année de master, elle a réalisé son stage en psychologie sociale dans un laboratoire de recherche. Cela lui a fortement déplu et elle s'est fait la réflexion qu'elle n'était pas faite pour la recherche. En dernière année de master, elle est partie en Erasmus et elle en a profité pour s'inscrire à des cours en psychologie de la santé. C'est à ce moment-là qu'elle s'est dit qu'elle ne souhaitait pas travailler seule dans un cabinet mais qu'elle voulait s'adresser à un public diversifié.

Après ses études, Mathilde avait l'impression de manquer de pratique. Elle a entrepris un stage en promotion de la santé, au sein d'une petite ASBL. Là, elle était en contact avec un public vulnérable, multiculturel et relativement précaire. Afin d'accumuler des expériences dans ce secteur, elle a ensuite entamé du bénévolat dans des maisons médicales. Elle a également expérimenté les maraudes. Ce travail de terrain a eu pour effet de la convaincre que c'était ce qu'elle voulait faire. Bien qu'elle dût se dégager de son statut de psychologue et correspondre davantage à un profil de travailleuse sociale, cela lui convenait.

Depuis deux ans, elle travaille dans une petite équipe de rue, intégrée à un Dispositif d'Urgence Sociale (DUS). Dans un premier temps, elle a commencé par faire des maraudes de nuit pendant huit mois. Ensuite, un poste s'est libéré pour elle en maraude de jour.

### 4.3 CATHERINE

Catherine a 51 ans. Elle a toujours été intéressée par l'aide aux personnes qui sont mises en marge de la société : sans-abri, jeunes délinquants, toxicomanes, détenus, personnes précarisées. Lorsqu'elle était adolescente, elle discutait avec les sans-abri qui faisaient la manche et s'asseyait à côté d'eux. À un moment donné, elle a entrepris du bénévolat dans un service d'infirmiers de rue pour mettre un cadre autour de sa démarche d'aller à la rencontre des personnes en rue.

Elle a fait des études de psychologie clinique, qu'elle a complétées avec la criminologie afin d'acquérir des outils supplémentaires concernant l'approche des populations marginalisées. Elle a toujours été sensible à cette question de l'accès difficile aux services d'aide en général. Les mémoires qu'elle a réalisés en psychologie et en criminologie concernaient un public d'adolescentes délinquantes. Au départ, Catherine souhaitait travailler dans ce secteur-là. Ne trouvant pas tout de suite de boulot, elle a élargi son champ de recherche à la toxicomanie.

Catherine a travaillé dix ans dans les prisons pour le compte d'ASBL (indépendantes du ministère de la justice). Sa toute première expérience professionnelle s'est déroulée dans un centre pour personnes toxicomanes où elle avait en charge le projet carcéral. Elle se rendait donc en prison, au sein-même du milieu carcéral. Elle réalisait des entretiens dans une cellule aménagée et elle a immédiatement ressenti le besoin d'être supervisée car cela ne correspondait pas à ce qu'elle avait appris à l'université. L'enseignant qui avait encadré ses deux mémoires l'a alors accompagnée durant sept ans. C'était très important pour elle d'avoir ce soutien car elle ressentait beaucoup de solitude dans son travail.

Par la suite, elle a travaillé dans un centre d'accueil pour personnes toxicodépendantes et leurs proches, des centres de santé mentale et des services d'aide aux justiciables. Là, elle rencontrait des détenus au sein même du carcéral. Ensuite, elle a travaillé pendant cinq ans dans un centre de santé mentale situé dans un quartier défavorisé. Elle faisait des entretiens avec un public très précarisé. Dans ce même service, elle a collaboré avec les Entreprises de Formations par le Travail, pour mettre en place un projet visant à démystifier le psychologue. Là, elle allait rencontrer des stagiaires, parfois même à domicile.

Durant une petite année, Catherine a eu un contrat de remplacement dans un service pour jeunes mineurs placés et dont le juge ne savait plus quoi faire. Là, elle a constaté à quel point il était difficile de réaliser des entretiens formels dans un bureau avec les jeunes. En revanche, les

interactions étaient beaucoup plus riches dans un espace informel comme les lieux communautaires.

Actuellement, elle travaille depuis dix ans au sein d'un centre de santé mentale. Catherine a en charge le service mobile qui va à la rencontre de personnes précarisées sur leur lieu de vie. Depuis très récemment, son directeur lui a proposé de recevoir des gens en consultations à mi-temps et de diminuer à mi-temps son travail avec les sans-abri. Ainsi, elle reçoit en consultation des gens qui ne sont pas spécialement dans la précarité mais dans certains cas, elle invite aussi les personnes sans-abri ou précaires à son bureau.

#### 4.4 FRANÇOIS

En sortant de l'école secondaire, François n'avait pas d'idée précise pour son choix de bachelier. Néanmoins, ses parents le poussaient à réaliser des études universitaires. Il a d'abord eu l'idée de faire des études de marketing. Il appréciait l'aspect créatif de ce domaine mais il s'est rapidement rendu compte qu'il voulait des rapports humains. Il lui a suffi d'un seul appel dans une école de marketing pour être dissuadé de cette option. De cette expérience, il a conclu que le monde de la publicité était un milieu où les gens écrasent les autres.

Il a ensuite pensé à la psychologie clinique et à la systémique. Par curiosité intellectuelle, François appréciait beaucoup analyser l'individu, le comportement humain. Aussi, il était très intéressé par la sociologie et les cours de psychologie sociale qui permettaient de comprendre l'influence d'un individu sur le groupe et inversement. Finalement, François s'est inscrit en psychologie légale car il n'y avait pas de criminologie.

Durant son cursus, il a suivi un cours sur le trouble de personnalité psychopathe qui l'a beaucoup marqué. Dans ce cours, les grands serial killers comme Hannibal Lecteur étaient démystifiés. Les étudiants avaient un aperçu plus réel de ce qu'étaient le trouble antisocial, les délinquants sexuels, et autres déviances au niveau comportemental.

François a choisi son mémoire parmi une liste proposée et la thématique concernait trois échelles de mesure du trouble de la psychopathie, inhérentes au domaine du psychodiagnostic. Il devait mettre en relation ces trois échelles et les faire passer à trente patients en défense sociale, là où il réalisait ses stages. Les échelles qu'il utilisait présentaient un profil prototypique qui pouvait varier en fonction de l'individu. Son mémoire lui a beaucoup plu et ça lui a permis d'aller plus loin dans ses stages en défense sociale.

Le premier stage de François s'est déroulé auprès de femmes qui avaient eu un parcours antisocial, étaient jugées irresponsables de leurs actes et étaient passées par la justice. Là, François (Annexe 11, p.138) explique qu'il retrouvait « *tout un panel de profils un peu cas d'école* », tels qu'il les avait imaginés dans ses cours. Son deuxième stage était avec des hommes présentant le même genre de profils. Au début, puisqu'il ne savait pas vraiment comment mener un entretien psychologique, il accompagnait l'intervenant en tant qu'observateur. Petit à petit, il s'est mis à participer dans un cadre de triangulation. Durant ces stages, il a appris certaines techniques d'entretien de base. Il prenait également appui sur son intuition et sur la théorie qui lui avait été enseignée à l'université. Ses entretiens étaient non-directifs et il tentait d'être le plus neutre possible, « *le plus page blanche possible* » (François, Annexe 11, p.140). Au fur et à mesure, il s'est aperçu que donner un peu de soi-même, être humain, permettait de renforcer le lien thérapeutique et d'inciter la personne à partager son vécu. Finalement, le psychologue « *page blanche* » lui semblait assez intimidant car il avait le sentiment que le patient était « *face à un mur* » (François, Annexe 11, p.140). Il dit : « *Le lien humain, pour moi, il fait partie intégrante du suivi.* » (François, Annexe 11, p.140). Ces stages ont réanimé son intérêt pour ses études et c'est à ce moment-là qu'il a constaté l'importance de la création de liens pour le suivi.

Après trois mois de recherche d'emploi, François a été engagé pour trois mois dans une maison qui accueillait des personnes présentant le double diagnostic : déficience et trouble de la santé mentale. Il y avait une cinquantaine de résidents et l'institution était divisée en différents pavillons en fonction des catégories d'âge et du niveau d'autonomie. Il y avait un jardin au milieu mais c'était fermé. L'institution était d'orientation lacanienne et l'organisation des activités était très cadrée. Il y avait deux équipes différentes. François (Annexe 11, p.141) était engagé comme assistant en psychologie et il explique que « *c'était une place un peu spéciale parce que c'était une place tampon.* » Il avait le sentiment d'être là pour alléger le boulot de la psychologue et percevait une sorte de fausse bienveillance de la part des autres.

Dans cette institution, François rapporte qu'il y avait un grand malaise. Avant qu'il n'arrive, le directeur avait été viré ainsi qu'une partie de l'équipe. Un clivage et des relations toxiques s'étaient créées. François est arrivé parmi les nouveaux qui ont été recrutés dans l'espoir d'un renouveau et d'un apaisement des problèmes institutionnels. Il ressentait beaucoup de poids sur ses épaules, se sentait oppressé. Il ne pouvait notamment pas prendre parti entre les deux équipes qui s'étaient recrées. Un jour, la direction lui a demandé de remplacer l'un de ses collègues en dernière minute et de réaliser une présentation à sa place. François ne connaissait

ni le cas clinique ni les slides. Il n'était pas enthousiaste et ça n'a pas été qualitatif. François s'est fait virer au bout de deux mois et demi, à la suite de cet incident.

Par la suite, François a trouvé un second emploi en tant qu'assistant en psychologie. Il saisissait les opportunités puisqu'il n'avait aucune expérience. Il a donc été engagé dans un abri de jour pour des personnes en précarité. La maison était ouverte tous les jours, même le week-end, car l'objectif était de pallier l'absence des autres services. D'après François (Annexe 11, p.141), il faisait « *un peu un boulot d'éduc'* » mais pas totalement car ils essayaient de réfléchir à la posture professionnelle, lisaient des textes, rencontraient d'autres équipes et organisaient des supervisions de temps en temps. Lors des réunions, ils essayaient de consacrer le plus de place à la clinique pour donner du sens au travail. Le but n'était pas uniquement de distribuer du café et d'être garant d'un cadre communautaire. Ce qui a plu à François dans ce travail, c'était l'accueil inconditionnel et l'importance de la création du lien. L'objectif de réinsertion était là mais seulement dans l'idéal, et il ne constituait pas la condition pour qu'un lien se crée.

C'était la première fois que François était en contact avec ce public-là et les premiers mois étaient compliqués. Il s'est senti « *au plus proche de ce qui est dégueulasse.* » (François, Annexe 11, p.142). François était confronté à l'aspect repoussant des corps et à l'aspect fataliste des crises, des conditions de vie mauvaises et des situations d'overdoses à l'intérieur de la maison. En effet, les gens qui étaient sous influence d'une substance étaient acceptés à l'intérieur pour qu'ils puissent s'abriter dans un endroit sécurisant. Les accueillir permettait aussi de reconnaître que cela fait partie de leurs problématiques et donc de creuser le sujet. François devait prendre la position d'un éducateur pour recadrer et gérer le groupe quand il y avait des débordements et il adoptait le rôle du psychologue lors d'accompagnements individuels dans le bureau. Ainsi, il a dû développer certaines compétences comme son assertivité, ou la triangulation avec le cadre. C'était très compliqué pour lui de se définir et se situer entre ces deux casquettes professionnelles. François (Annexe 11, p.145) dit qu'il était « *polyvalent, polyutile, polyécartelé* ». Aussi, il était un peu frustré de ne pas pouvoir déployer davantage son rôle de psychologue. Ce boulot lui enseignait beaucoup de choses mais il a fini par s'épuiser. Les présentations de projets et la recherche de subsides lui coûtaient une énergie folle et parfois inutile. Il devait sans cesse repousser ses limites et avait le sentiment de ne pas être assez formé. La dynamique d'équipe était impactée par la coordinatrice qui imposait des directives, ne reconnaissait pas la souffrance des travailleurs et était trop à distance de la réalité de terrain. François est parti au bout d'un an et neuf mois.

Il a ensuite cherché du travail pendant six mois. Ne trouvant pas tout de suite, il avait songé à ouvrir son cabinet privé en tant qu'indépendant. Au dernier moment, il a décroché un poste de psychologue dans une petite équipe de psychologues mobiles, reliée à un Service de Santé Mentale. C'est là qu'il travaille actuellement. Désormais, il s'épanouit complètement car il a la place de créer son identité de psy. Lui et ses collègues ont des projets, une reconnaissance dans le réseau, des liens à tisser, des co-interventions, une orientation théorique, et ils bénéficient d'une gestion du temps assez libre. Le cadre est varié et changeant mais ils gardent la même casquette, ce qui est confortable pour François. Il se sent libre et cela le motive pour créer sa propre manière de travailler. Il dit : « *La création a une grosse part dans le boulot que j'ai maintenant et c'est super épanouissant.* » (François, Annexe 11, p.148).

#### 4.5 LOUISE

Après l'école secondaire, Louise a voyagé six mois en Angleterre et six mois en Equateur. Elle faisait du bénévolat dans des écoles où elle assistait des enseignants. Elle aime beaucoup voyager et dit que quand elle voyage, elle « *voyage un peu comme une anthropologue* » (Louise, Annexe 14, p.192). Elle reste toujours au même endroit et est souvent logée dans une famille. Ce qui l'intéresse, c'est de découvrir le milieu, les gens et s'imprégner des lieux.

Louise a réalisé un bachelier en psychologie à l'université mais elle n'a pas poursuivi en master parce qu'elle était très irritée par les conflits idéologiques au sein de la faculté. Pour elle, toutes les idéologies étaient tout aussi valables et valides. Aussi, la méthodologie quantitative était très valorisée et, quand elle s'en rendu compte que la psychologie impliquait de faire passer des tas de questionnaires, elle n'a pas souhaité continuer.

Ensuite, elle a entrepris un master en population et développement car, après son bachelier en psychologie où elle avait appris des bases concernant les dynamiques relationnelles et le fonctionnement humain, elle trouvait que ça faisait sens d'élargir un peu et de sortir de sa vision judéo-chrétienne de la psychologie en Belgique. Elle souhaitait adopter une perspective plus systémique et acquérir des outils qui permettraient de faire fonctionner un projet à l'aide d'un partage de connaissances. Durant ce master, elle a beaucoup été formée aux questions de solidarité et a été pour la première fois confrontée en tant qu'étudiante aux questions migratoires.

A la suite de la crise migratoire de 2015, Louise s'est beaucoup intéressée aux questions politiques qui entourent la migration. Elle était touchée par le mauvais accueil que son pays

réservait à des personnes migrantes qui subissaient un parcours très violent. Pendant toute une période, cela suscitait chez elle des émotions négatives : « *Comment est-ce qu'on peut en arriver à rejeter des personnes qui fuient ce que nous-mêmes on fuirait ?* » (Louise, Annexe 15, p.215). Sa volonté était de s'engager dans cette cause afin de contrer les idées politiques qui allaient à l'encontre de ses valeurs.

Louise a réalisé un stage d'observation d'une semaine dans un centre d'accueil pour Mineurs Étrangers Non Accompagnés (MENA), ainsi qu'un stage en coopération et développement mais elle trouvait que ce dernier était très détaché du terrain. C'était plutôt de la coordination de l'action et pas vraiment de l'action réelle.

Lors de sa défense de mémoire, le lecteur a été violent dans ses propos en remettant en question le master qu'elle venait de clôturer et les compétences qu'elle avait acquises. Cela l'a beaucoup déstabilisée et a eu pour effet de briser sa confiance en elle pour la suite. Son parcours de formation qui s'était jusqu'à présent déroulé « *sans faute* » ne se terminait pas très bien (Annexe 14, p.200).

Après ses études, Louise souhaitait travailler en Belgique dans la coopération. Cependant, elle était complètement démunie, culpabilisait et ne savait pas comment chercher un boulot. Elle ne savait pas non plus si elle était vraiment prête à travailler avec cette thématique-là au quotidien. Aussi, elle se disait que ce n'était pas normal de ne pas se sentir préparée à se lancer dans le monde du travail. Elle se sentait un peu coincée par rapport à son bagage qui comprenait un bachelier en psychologie qui ne donnait pas accès à grand-chose et le master en coopération que personne ne connaissait. Elle avait le sentiment de ne pas savoir se définir professionnellement et de ne pas avoir d'expérience à revendiquer. Or, c'était très important pour elle de s'engager dans un métier épanouissant : « *Je me disais que je me laisserais l'espace et la liberté de penser à moi, une fois que je serai professionnellement satisfaite.* » (Louise, Annexe 16, p.226).

Durant cette période charnière, Louise a remis sa trajectoire en doute. Elle était soudainement propulsée dans l'âge adulte et devait prendre ses responsabilités mais personne ne lui avait expliqué concrètement comment passer cette étape-là. Elle a pris son temps pour trouver ce qui lui convenait.

Tout d'abord, elle a travaillé à mi-temps à la Fnac dans la section jeunesse librairie. Elle a toujours beaucoup aimé lire. Ensuite, elle a entrepris un autre job alimentaire dans un magasin de jeux de société où elle est restée deux ans.

Quand elle postulait à des emplois qui l'intéressaient, elle ne parvenait pas à être cohérente lors des entretiens d'embauche. Louise avait fait peu de stages durant ses études et était gênée par rapport à ses jobs alimentaires. Cela a été difficile pour elle de prétendre qu'elle pouvait s'occuper de personnes en précarité ou en migration alors qu'elle n'avait pas d'expérience : « *Qui suis-je, moi qui ai toujours baigné le cul dans le beurre depuis ma tendre enfance... comment est-ce que, moi, je peux prétendre savoir m'occuper de ça ?* » (Louise, Annexe 14, p.192).

À un moment donné, elle a entamé un travail psychologique et est allée voir d'autres professionnels qui l'ont aidée à retrouver un peu confiance en elle. Cela lui a permis de prendre le temps de définir qui elle était avant de démarrer sa carrière. Elle s'est remise à postuler et s'est lancée dans une expérience de bénévolat au sein d'une association pour les réfugiés. Cette expérience lui a fait prendre conscience qu'elle se sentait à sa place.

Finalement, Louise a trouvé un emploi dans un centre de santé mentale pour des patients psychiatriques. Elle travaille là depuis un an et demi. Avec son collègue, ils travaillent en binôme et font du travail de rue. Ils prennent en charge des personnes sans-abri qui ont des problématiques chroniques psychiatriques. La philosophie du service est en lien avec la désinstitutionnalisation de la psychiatrie.

## 5. ANALYSE THÉMATIQUE ET TRANSVERSALE

---

Ce chapitre est dédié à l'analyse thématique et transversale des récits. À travers les points suivants, nous avons rassemblé et classé les idées des intervenants. Les intitulés ont été conçus sur base du contenu saillant que nous avons pu dégager des rencontres.

De façon transversale, nous avons tenté de mettre en perspective les différents points de vue des professionnels et d'établir certains recoupements. L'objectif est de pouvoir suivre la pensée de chaque intervenant d'une section à l'autre et de faire des parallèles entre eux. Ainsi, les propos de Ariane, Catherine, Mathilde, Louise et François sont souvent repris et la plupart du temps résumés.

Afin de rester le plus fidèle possible aux discours des intervenants, très peu d'interprétations ont été formulées de notre part. Dans un premier temps, cela permet de se construire progressivement une idée de la richesse de ces pratiques de terrain. Par la suite, la discussion (cf. chapitre 6) fera l'objet d'une étude plus approfondie des trajectoires et de leur transformation, ainsi que des composantes du travail de psychologue avec des personnes en situation de précarité.

Pour commencer, une section déployant la manière dont les professionnels définissent et se représentent le public précaire est présentée. Ainsi, les intervenants expliquent ce que signifient pour eux les notions de précarité, de sans-abrisme, de syndrome de l'errance, d'auto-exclusion et de clinique de la désocialisation.

Deuxièmement, une partie s'attèle aux dimensions d'espace et de temporalité, dont les enjeux doivent être considérés par les travailleurs. Le troisième sous-chapitre développe les particularités de la posture de travail, de la création d'un lien et de l'accompagnement de personnes en situation de précarité. Ensuite, un point sur l'accueil de la crise englobe les problématiques de l'urgence, de la santé mentale et de la violence. En cinquième lieu, l'impact du terrain sur les travailleurs reprend les aspects positifs et négatifs de leurs fonctions, tels qu'ils les perçoivent. Cela met aussi en évidence les émotions que peuvent ressentir les intervenants face à certaines situations. Le risque d'épuisement professionnel, ses causes et les manières de le prévenir sont également décrits dans ce point. Sixièmement, les besoins et ressources des professionnels sont relatés et traduisent notamment l'importance de pouvoir compter sur des collègues. Le septième thème concerne la déconstruction et la démystification de la représentation du psychologue. La vision que les intervenants ont du psychologue est

reflétée sous la forme d'un processus de transformation au fil des expériences et des constats personnels qu'ils ont pu faire. Finalement, le dernier point rapporte les métaréflexions et perspectives des intervenants dans le but de lier la conception du travail en milieu précaire avec la trajectoire et l'identité professionnelle de chacun.

## 5.1 LE PUBLIC PRÉCAIRE SELON LES MOTS DU TERRAIN

*« Tous ont des talents visibles ou cachés. J'en suis convaincue. Et ces talents-là sont vraiment utiles pour exprimer leur histoire personnelle, pour extérioriser leur expérience de vie, pour extérioriser la violence qu'ils ont vécue, les injustices qu'ils ont ressenties. »* (Catherine, Annexe 9, p.108).

### 5.1.1 Définition de la précarité

Les cinq intervenants rencontrés ont chacun leur vision de la précarité. Néanmoins, ils expriment unanimement le fait que la précarité est un concept multiple, multidimensionnel, multidirectionnel, qui touche à une variété de domaines et se situe à différents niveaux.

En effet, bien que la liste ne soit pas exhaustive, les intervenants rencontrés ont cité différents types de précarité. La précarité peut être un manque ou une absence de moyens financiers (Mathilde, Catherine, François) mais elle ne se limite pas à ça comme le soulignent Ariane, Catherine et Louise. Elle peut concerner le domaine relationnel, là où les individus ont peu de ressources dans leur entourage et peu de compétences relationnelles (Catherine et François). De plus, il peut y avoir une « *précarité médicale et physique* », comme l'exprime François (Annexe 12, p.158), qui se traduit par une mauvaise santé et un manque d'accès aux soins. Un manque de ressources dans le réseau institutionnel et un manque de connaissances à propos des droits sociaux disponibles caractérisent également la notion de précarité, selon Catherine. Aussi, François ajoute que la précarité peut être émotionnelle, notamment chez les personnes présentant un trouble affectif ou un handicap mental.

Pour Ariane, la précarité varie en fonction du contexte. D'ailleurs, elle nuance cette notion en expliquant qu'elle n'est pas toujours négative. En effet, les histoires des personnes sont riches et variées. Cette notion lui semble différente de la pauvreté économique car pauvreté et misère sont deux concepts différents. Pour Ariane (Annexe 3, p.15), « *on peut être riche mais misérable.* » Pour illustrer la précarité, Ariane se réfère à un champignon qui est une métaphore tirée d'un livre de Anna Tsing (2017). Ce champignon pousse dans un environnement détruit,

lui-même précaire. Dans ce contexte, il existe des ressources qui font émerger des possibilités. Les personnes concernées par la précarité sont les gens en marge, ceux qui dérangent, ceux qui sont invisibilisés, ceux qui ne rentrent pas dans les cases et ne correspondent pas aux normes.

Selon Mathilde, il s'agirait d'un déséquilibre dans le mode de vie de la personne et qui entrainerait des répercussions sous forme d'effet boule de neige. Elle dit : « *ce serait comme un grain de sable dans un gros mécanisme.* » (Mathilde, Annexe 6, p.67). D'après un schéma récurrent, les gens commencent par perdre leur boulot, ensuite leur femme, leur domicile et finalement leurs droits. Parfois même, les individus ne sont pas au courant de leurs droits et cela peut favoriser leur chute vers la précarité. Pour Mathilde, la précarité est une notion subjective et non quantifiable. Elle est relative à la personne, ses standards, son niveau socio-économique et ses exigences de vie. Tout à coup, l'individu se retrouve dans une situation dans laquelle il ne se serait « *jamais vu finir comme ça* » et où il devient dépendant de quelqu'un ou quelque chose (Mathilde, Annexe 6, p.68). Cette étape-là, Mathilde la décrit comme étant le dernier stade avant d'être complètement démunie et d'être dans une situation de crise.

Catherine (Annexe 9, pp.117-118) ajoute que la précarité se caractérise par le fait de « *ne pas recevoir toutes ces informations qui sont utiles pour vivre correctement, se sentir bien, avec toutes les ressources dont on peut bénéficier.* » Comme Mathilde, elle spécifie que la précarité est subjective car elle dépend de chaque personne. Elle ne se limite pas à la dimension financière car elle peut également être d'ordre social et se manifester par de l'isolement. Pour Catherine, les personnes précaires qui sont en souffrance pour des raisons sociales et psychiques finissent par s'éloigner des services d'aide. Elle dit : « *C'est un peu comme s'il y avait une incorporation de la coupure à l'autre.* » (Catherine, Annexe 8, p.87). Cela se traduit par l'« *auto-exclusion* » et le « *désinvestissement de soi* » (Catherine, Annexe 8, p.87).

D'après François, il y aurait « une comorbidité entre précarité et santé mentale ». « *Les fous sont pauvres* » car un trouble psychiatrique ou une souffrance empêche la personne d'enrichir son « *capital de vie* » (François, Annexe 13, p.188). François (Annexe 13, p.188) pense qu'une santé mentale qui ne tient pas le coup, qui ne permet pas à l'individu de « *rentrer dans la machine* », est un facteur de risque pour la précarité.

Louise (Annexe 15, p.214) définit les personnes en précarité comme n'ayant « *pas accès à ce que la société attend d'elles. ... Elles ne s'inscrivent pas dans ce qu'on attend d'elles, dans les codes sociaux de la société.* » (Louise, Annexe 15, p.214). Tout comme Ariane et Catherine, elle précise que la précarité n'est pas uniquement ni toujours un manque de moyens financiers.

De plus, elle ajoute l'idée que la précarité peut dépendre de la perception de l'individu dans son contexte. Elle illustre cela en expliquant que les personnes en migration sont souvent considérées précaires alors qu'elles ne l'étaient pas dans leur pays d'origine.

### 5.1.2 Sans-abrisme

La notion de sans-abrisme a été beaucoup évoquée à travers les récits des cinq intervenants pour parler du public avec lequel ils travaillent. Ce concept est éminemment lié à la précarité.

Pour caractériser cette appellation, Louise explique qu'il s'agit des personnes en rue mais également des gens qui logent dans des lieux qui ne sont pas leur domicile. Selon Mathilde (Annexe 6, p.68), les sans-abri subissent « *une fracture sociale, économique* », familiale et financière qui vient perturber la continuité. Cet enchaînement de malheurs peut mener la personne à devenir sans domicile fixe (SDF). « *On n'est jamais à l'abri de quelque chose qui vienne perturber notre routine* » (Mathilde, Annexe 6, p.69).

### 5.1.3 Syndrome de l'errance

Dans son récit, François évoque le syndrome de l'errance en référence à l'ouvrage « Les Naufragés » de Patrick Declerck (2001). Il emploie cette notion pour caractériser les gens en rue. Selon lui, il pourrait s'agir d'une catégorie parmi les pathologies psychiatriques, au même titre que la psychose, la névrose ou l'état limite. Les gens qui décrochent présentent des traits d'errance et n'ont plus confiance dans la création du lien parce qu'ils ont été trahis.

François avance l'idée qu'il existe une prédisposition au syndrome de l'errance. La source se trouverait loin dans l'enfance, mêlant des mauvaises prédispositions génétiques ou familiales. Par exemple, un individu qui aurait des parents alcooliques, aurait vécu de la négligence, aurait été battu, aurait vécu des deuils compliqués et des traumatismes divers, serait susceptible de subir une destruction psychique. À la base, ces personnes-là présentent « *une construction psychique avec des failles.* » (François, Annexe 12, p.160). François affirme que s'il devait tomber à la rue, il n'y resterait pas longtemps car il ne pense pas être prédisposé au syndrome de l'errance. Pour lui, « *Tout le monde ne tombe pas à la rue* » et « *l'errance... c'est pas de chance* » (François, Annexe 12, p.160).

Cette fragilité de base demeurant chez ces personnes peut être équilibrée lorsque les gens construisent autour d'eux un environnement qui leur permet de tenir. Or, lorsque l'un de ces domaines vacille, une dégringolade peut se produire. Selon François (Annexe 12, p.159), « *tout*

*est lié.* » Un scénario séquentiel que François observe très fréquemment chez ses patients est le suivant : séparation conjugale, dépression et perte d'emploi, manque de moyens financiers, perte du logement. À un moment donné, le syndrome de l'errance « *définit l'ancrage dans la précarité* » (François, Annexe12, p.159).

Outre cette idée concernant la prédisposition, François pense que le syndrome de l'errance peut également se développer plus tardivement. Il nuance ses propos précédents en évoquant la possibilité de tomber à la rue sans nécessairement disposer d'une fragilité préalable. Certains événements de vie peuvent être destructeurs.

Sur le terrain, François remarque qu'il a tendance à réagir de manière émotionnelle lorsqu'il est confronté à ce syndrome. D'un côté, cela le renvoie à sa propre peur de finir en rue et « *d'être aspiré par ça* » (François, Annexe 12, p.160). Il dit : « *j'ai peur de finir à la rue depuis que je connais le public de rue.* » (François, Annexe 12, p.160). D'un autre côté, cela fait émerger chez lui des sentiments viscéraux désagréables tels que du dégoût ou le fait d'abandonner. Il a conscience d'éprouver des émotions ambivalentes à l'égard de ses patients.

En dehors de son travail, François (Annexe 12, p.161) estime que s'il donne une pièce à un mendiant dans la rue, ce sera inutile car « *toute aide va être perdue dans ce syndrome de l'errance* ». Ainsi, pour essayer de casser ce syndrome de l'errance, il préconise d'agir en créant du lien, en tentant de restaurer une confiance. Il considère toute aide matérielle comme des « *carottes* » qui sont censées permettre de créer du lien.

#### 5.1.4 Auto-exclusion

D'après Catherine, il s'agit d'essayer de comprendre ce qui se joue lorsque la personne refuse d'être aidée. Parfois, la peur d'être à nouveau rejetée ou de se voir refuser des accès peut être un frein à la formulation d'une demande. En tant qu'intervenante, Catherine pense qu'il est important de mettre certains mécanismes en évidence et de poser des questions quand le lien est instauré avec la personne pour éviter une auto-exclusion plus prononcée.

L'auto-exclusion est définie par Catherine (Annexe 9, p.108) comme étant un phénomène d'anesthésie, une manière de se couper de sa souffrance, ou « *une façon de contrôler les choses* ». Les personnes concernées par cette manifestation tentent de garder le contrôle sur leur rejet en s'excluant eux-mêmes. Cette anesthésie au niveau psychique peut également se traduire dans le rapport que la personne entretient avec son propre corps. Pour illustrer cela, Catherine fait part de l'histoire d'un usager qui avait une conjonctivite et qui a fini par perdre

son œil par incurie et par refus de soins. Pour citer un autre exemple du même acabit, elle raconte la situation d'un homme qui avait des vers dans sa plaie et qu'elle a dû accompagner à l'hôpital.

En outre, Mathilde explique comment un refus de soins peut mener au décès. Elle relate la situation d'un homme dont les pieds étaient très infectés. Le désinvestissement de son corps était tel qu'il n'a plus voulu qu'on le soigne. Ce suivi a fait prendre conscience à Mathilde que le travail de lien ne fonctionne pas toujours et que, dans certaines situations où la personne ne formule pas de demande, les intervenants peuvent se retrouver impuissants face à des échecs. Dans certaines situations où il n'y a pas d'évolution, les travailleurs se sentent dans une impasse.

#### 5.1.5 Clinique de la désocialisation

Selon Catherine, les bénéficiaires qu'elle accompagne soulèvent des questions d'ordre social. En effet, la notion d'utilité sociale et le sentiment d'être « *un fardeau pour la société* » sont souvent mis en avant (Catherine, Annexe 8, p.90). Beaucoup d'entre eux « *s'expriment parce qu'ils n'ont pas* » de logement, d'intimité, de réciprocité sociale (Catherine, Annexe 8, p.90).

En ce sens, Catherine considère que son travail consiste à valoriser les personnes, à prendre en compte leur humanité dans sa totalité pour les amener à changer leur vision d'eux-mêmes. Concrètement, il s'agit aussi de les aider à s'épanouir dans des activités qui cassent leur solitude et qui leur sont accessibles d'un point de vue budgétaire. Tout en échangeant à propos de leurs joies, leurs besoins, leurs doutes, leurs peines, l'objectif est de « *leur faire remarquer qu'il y a d'autres choses* » que leur situation sociale (Catherine, Annexe 8, p.90).

*« En général, quand on croise quelqu'un, on lui demande ce qu'il fait dans la vie. C'est tellement prégnant, qu'ils amènent aussi le fait qu'ils ne font rien. Moi je leur dis que ce qu'il fait dans sa vie n'est pas important, ce qui est important c'est ce qu'il fait de sa vie, pour décaler un peu les choses. Je vais les aider à mettre des mots sur ce qu'ils vivent, ce qu'ils ressentent. »* (Catherine Annexe 8, p.90).

Par rapport au fait de faire la manche, Catherine constate que certaines personnes ont toujours le sourire et se montrent accueillantes, tandis que d'autres entreprennent la démarche avec plus de difficultés. Les raisons de ce besoin d'argent peuvent renvoyer au besoin de se nourrir ou de consommer des substances addictives. Cependant, la mendicité peut aussi viser l'objectif de

faire partie d'une dynamique sociale en rue, d'entretenir des contacts sociaux. Faire la manche peut devenir une routine, un mode de vie.

Avec ses patients, François essaie souvent de décortiquer le problème et de réassembler. Parfois, il leur dit : « *On n'est jamais aussi vrai que quand on est dans la merde.* » (François, Annexe 12, p.166). Selon François, la pression et les difficultés subies par les bénéficiaires leur font découvrir des facettes d'eux-mêmes qui sont parfois plus authentiques. Il compare ce processus à l'épluchage d'un oignon. Ces parties du psychisme de l'individu qui sont dévoilées à la suite d'événements de vie douloureux sont parfois plus « *amères* », moins bonnes. Avec le patient, il faut parvenir à travailler ces parties et à les réassembler sans se perdre.

## 5.2 ESPACE ET TEMPORALITÉ

Les notions d'espace et de temps sont des dimensions essentielles du travail en milieu précaire. Les usagers, les travailleurs et les institutions fonctionnent à des rythmes qui leur sont propres. Pouvoir trouver un équilibre et se situer entre différents espace-temps constitue l'une des difficultés du travail psychosocial avec des personnes en situation de précarité. En effet, les intervenants expliquent dans les points suivants la façon dont ils appréhendent les enjeux spatio-temporels de leur travail.

Dans une première partie, ils discutent la capacité à concilier des espace-temps en décalage. Deuxièmement, la façon dont le cadre doit être malléable et adapté est présentée. Ensuite, le lieu de la rue comme espace de travail, de rencontres et d'investissement psychique est abordé. Le troisième point concerne le contexte mobile du travail des psychologues. Finalement, le quatrième point reflète la mise en perspective effectuée par François et Catherine entre le travail « hors les murs » et les consultations dans un bureau.

### 5.2.1 Concilier des espace-temps décalés

D'après Ariane, les travailleurs sont eux-mêmes précaires car ils manquent de temps pour effectuer leur boulot correctement. La qualité du temps est affectée car les professionnels sont épuisés. Ariane essaie de dédier la moitié de son temps au terrain mais elle a le sentiment de manquer d'espace et de temps pour rencontrer l'autre et être présente. Elle aimerait bénéficier de davantage de temps pour écouter les usagers et être plus présente en équipe. De son point de vue, elle ne parvient pas à bien organiser son agenda. Dans l'idéal, elle souhaiterait consacrer exclusivement son temps aux bénéficiaires, à ses collègues et à de la réflexion personnelle. Or,

pour disposer d'un espace, elle doit répondre aux contraintes institutionnelles. Concilier le temps institutionnel et le temps des usagers s'avère délicat car il s'agit d'éviter l'épuisement.

Selon Mathilde, elle ne prend pas assez de temps pour se poser car elle ne se sent pas toujours légitime de le faire. Elle « *a toujours la tête dans le guidon* » et les maraudes sont prioritaires (Mathilde, Annexe 7, p.71). Mathilde (Annexe 7, p.72) considère que, si les usagers ont une demande, il faut « *battre le fer tant qu'il est chaud.* » Lorsqu'elle prend une pause « *c'est souvent déjà un peu parce que le vase déborde* » mais elle se dit qu'elle devrait le faire de manière préventive (Mathilde, Annexe 7, p.71).

Dans son travail, Catherine doit constamment s'ajuster, trouver des moments de rencontre qui concordent, pouvoir travailler avec la non-demande et accepter la potentielle absence aux rendez-vous. En effet, Mathilde perçoit également beaucoup d'imprévus. Elle observe que, souvent, les rencontres avec les usagers se font par hasard et les rendez-vous sont absents. Catherine explique que la temporalité des gens en rue est décalée. L'espace public est délimité de façon symbolique pour les individus mais aussi pathologiquement parfois. D'après elle, l'espace peut constituer un « *prolongement du corps* », comme des racines qui viendraient s'ancrer quelque part (Catherine, Annexe 9, p.105).

Selon Catherine, les intervenants doivent proposer un espace clinique et un cadre thérapeutique qui respecte l'espace-temps suspendu des personnes précaires, qui peuvent notamment présenter des problématiques de dépression ou de consommation.

Pour Louise, il faut pouvoir se situer entre les exigences institutionnelles qui indiquent d'intervenir auprès d'une personne et les repères spatio-temporels de la personne elle-même. Beaucoup de bénéficiaires manquent des rendez-vous et c'est pourquoi il est inutile de fixer des rencontres à trop long terme. Généralement, Louise fonctionne semaine après semaine. Louise remarque que chaque patient a ses habitudes en rue, donc elle doit s'ajuster et pouvoir déterminer le meilleur moment pour se présenter.

Pour prévenir l'absence aux rendez-vous, Louise utilise parfois le média WhatsApp pour communiquer. Elle explique que c'est un moyen d'entrer en contact rapidement avec les usagers. Par ailleurs, Louise (Annexe 15, p.217) constate que « *les personnes qui errent réellement et qui sont difficiles à trouver* » sont plutôt rares. Parmi ceux qui circulent toute la journée et qui ne fréquentent pas les services d'aide, certains sont moins visibles mais d'autres ont une routine identifiable. D'après Louise, le bon moment pour aller à leur rencontre est le matin car ils ne sont pas encore trop sous l'emprise de substances.

### 5.2.2 Plasticité du cadre

Selon Mathilde, le cadre est mouvant car ce sont les bénéficiaires qui le posent et il dépend du lieu. De plus, les dynamiques relationnelles sont influencées par le lieu dans lequel on se trouve et par le contexte environnant. En effet, Louise constate que la mobilité et les changements de lieux induisent une malléabilité du cadre. Par exemple, Mathilde explique que les gens se comportent différemment quand ils se trouvent en institution (hôpital, Service de Santé Mentale, accueil de jour, etc.) que quand ils sont dans leur zone de confort (lieu de vie, métro, trottoir, squat, etc.). Le lieu peut influencer la qualité des échanges et de la communication. Lorsque Mathilde accompagne une personne en transports en commun, elle peut se mettre à son niveau, s'asseoir à côté d'elle et éventuellement laisser de côté son uniforme. Quand elle conduit quelqu'un dans une voiture du service, les conditions sont différentes puisque la personne est assise à l'arrière, ils n'ont pas de contact visuel et le véhicule est labellisé au nom de l'institution. Dans ce dernier cas de figure, la distance interpersonnelle est plus grande.

Avec ce public, Catherine (Annexe 8, p.88) explique que « *dans un premier temps tous les codes sociaux sautent.* » Pour elle, le bénéficiaire contribue également à la construction du cadre. Dans son travail, elle investit l'autre et évite de le stigmatiser. Elle essaie de lui permettre de recréer du lien avec autrui et les services d'aide. De son côté, Louise remarque que, dans les secteurs de la précarité et de la psychiatrie, la différence et la marginalité sont acceptées. Au sein des institutions, des personnes qui ne correspondent pas aux « *codes requis pour s'établir sereinement dans la société* » sont accueillies (Louise, Annexe 15, p.211).

Durant les rencontres, Catherine a recours à des techniques d'association libre et elle explique aux gens qu'ils peuvent lui dire ce qu'ils veulent. Bien que Catherine soit d'orientation analytique, elle doit ajuster son approche thérapeutique et pouvoir s'en détacher. « *C'est un cadre adapté et adaptable.* » (Catherine, Annexe 8, p.89). Même si Catherine est employée dans un centre pour des personnes toxicomanes, elle ne s'arrête pas à cette composante car elle estime que ce serait stigmatisant. Ainsi, elle se déplace pour aller à la rencontre des personnes.

D'après François, il s'agit de se démarquer du cadre classique car l'utilisateur en errance ne saurait pas s'y inscrire. Il risquerait de se sentir cloisonné. L'intervenant doit pouvoir se balader autour du cadre mais sans jamais en sortir de trop pour rester éthique. Bien qu'il y ait parfois des situations inconfortables et que les conditions de travail puissent être fatigantes, le fait que le cadre bouge est motivant pour lui.

### 5.2.3 La rue, lieu de travail « hors les murs »

Du point de vue d'Ariane (Annexe 3, p.25), « *tu n'es pas psychologue en rue.* » Pour elle, le travailleur doit avoir recours à d'autres outils que ceux du psychologue car le contexte de rue ne permet pas une psychothérapie. Pour Ariane, avec des personnes en non-demande, il faut réfléchir à d'autres manières d'entrer en relation et abandonner l'idée de verticalité.

Mathilde effectue également cette distinction entre le cadre de la psychothérapie et le cadre posé en rue. D'après elle, les maraudes permettent de créer des moments d'écoute, de soutien et de consolider le lien. Parfois, Mathilde effectue des entretiens en rue mais elle ne dispose pas de suffisamment de temps pour le faire systématiquement.

Selon Catherine (Annexe 8, p.100), la rue est « *un lieu de rencontre, un lieu d'échange* » qui permet de créer un premier contact avant d'entamer un suivi. Là, les professionnels du réseau ont l'occasion d'aller vers les personnes les plus fragiles et qui sont les plus éloignées des institutions d'aide.

Catherine explique que, dans son service actuel, ils ont progressivement élargi leur territoire de maraude en dehors du centre-ville car ils se sont rendu compte qu'ils n'atteignaient pas certaines personnes plus délocalisées. Ainsi, ils peuvent entrer en contact avec des gens plus isolés qui ont une tente dans les bois, qui vivent dans le trou d'un mur, etc.

Généralement, les cinq intervenants rencontrés travaillent en binôme en rue. Néanmoins, certains suivis ou accompagnements se font seul. Par exemple, Louise a ses propres suivis. De son côté, Mathilde réalise parfois des accompagnements seule s'il s'agit d'une personne avec laquelle le lien est bon et avec qui il y a beaucoup de démarches à réaliser. Catherine souligne le fait qu'elle se fie à son ressenti pour déterminer si elle se sent en sécurité. Si elle pense qu'il y a un risque à se rendre dans un lieu, alors elle n'y va pas. Les interventions que Catherine mène peuvent se faire dans la rue-même, mais aussi à domicile ou dans des squats parfois.

Concernant les sans-abri, Catherine (Annexe 9, p.109) mentionne qu'ils « *aménagent les lieux de la rue et les organisent avec des objets concrets dont la position et la nature vont dépendre de l'investissement affectif, imaginaire ou symbolique de l'espace.* » Les fonctions de ces objets sont multiples, selon Catherine. Certaines personnes gardent toutes leurs affaires sur elles puisqu'elles n'ont pas d'endroit où les stocker. D'autres se promènent avec un sac à dos vide, comme s'il leur manquait « *un contenant vraiment fiable pour contenir toutes les traces subjectives ensemble.* » (Catherine, Annexe 9, p.109). D'autres encore accumulent des objets,

les ramassent ou les réparent. Catherine indique que ces objets symbolisent une trace de l'organisation psychique de la personne.

Dans l'accompagnement, Catherine tente de partir de ces objets pour amener la personne à élaborer son histoire avec ses failles et ses forces. Par ailleurs, elle constate que lorsque quelqu'un a passé du temps en rue, il peut être difficile de s'accommoder à un logement, au fait d'avoir un lit. Par exemple, certains dorment à même le sol ou laissent la fenêtre ouverte en plein hiver. Après des usagers, elle normalise ces comportements en leur faisant comprendre que cela fait partie du processus de réinsertion.

#### 5.2.4 Contexte de mobilité

Dans un contexte de travail mobile, Ariane explique que son équipe est habitée par le cadre. Puisqu'elle n'a pas les quatre murs, « *l'équipe devient l'outil.* » (Ariane, Annexe 3, p.20). Les travailleurs se servent de leur tête et de leur corps pour construire ensemble une façon de travailler dans cet environnement. En ce sens, « *le cadre doit être assez clair, assez construit et assez souple pour permettre des alternatives, pour pouvoir exister dans la mobilité.* » (Ariane, Annexe 3, p.20).

Selon Ariane, la notion de temporalité est cruciale dans le travail mobile. Le temps des usagers et du travail social peut, par exemple, être chamboulé par les saisons. Le fait que le public soit lui aussi mobile implique qu'il faut négocier des rendez-vous avec les personnes. Bien que les imprévus rendent ce travail peu routinier, l'incertitude est présente presque au quotidien et cela est parfois épuisant pour les travailleurs. Ainsi, les rencontres qui ont lieu en rue sont particulières car le lien entretenu avec la personne suit une sorte de « *continuité éphémère* » (Ariane, Annexe 3, p.19). Durant ces échanges en rue, Ariane (Annexe 4, p.29) essaie de se laisser transformer par l'autre et de créer un « *entre-deux* ». En alliant la temporalité et la mémoire, il est possible d'assurer une continuité, de rester présent dans la crise et d'accompagner la personne.

Louise explique qu'elle va rencontrer les usagers là où ils se trouvent : dans un bar ou dans un autre lieu où ils se sentent à l'aise. Si les personnes le souhaitent, elles ont la possibilité de se rendre au bureau, mais l'idée est qu'elles puissent être accueillies là où elles se sentent le plus en confiance. Louise constate que l'intervenant doit pouvoir s'adapter au temps, à la mobilité et à la diversité des êtres humains.

### 5.2.5 Hors ou dans les murs : mise en perspective

François et Catherine réalisent des consultations dans un bureau et du travail en rue. En comparant ces deux cadres d'activité qu'ils investissent, ils ont pu mettre en évidence des différences et des recoupements.

Pour François (Annexe 11, p.152), « *le cadre est éclaté en rue* » parce que la rencontre est exhibée. Il observe qu'il garde la même casquette en rue et dans son bureau mais que le cadre qui varie. L'entretien entre quatre murs est plus classique parce que les personnes font la démarche de venir à une date et une heure précise, fixées au préalable. Dans un bureau, l'environnement est calme et l'échange se déroule en face à face, sans contingences extérieures. Bien que le cadre soit plus déterminé qu'en rue, les patients disposent d'une certaine liberté puisqu'ils peuvent arrêter quand ils veulent.

Avec François, les consultations durent généralement une heure. Depuis peu, il expérimente des entretiens plus longs mais il s'interroge sur la pertinence et le bienfait de dépasser les soixante minutes. En effet, il s'est rendu compte que les personnes déposent parfois une information importante à la fin du rendez-vous. Ainsi, il choisit de prolonger la consultation, parfois jusqu'à deux heures, pour travailler davantage d'éléments. À la fin, il remarque que les patients sont épuisés mais qu'ils progressent bien. Néanmoins, ces tentatives de repousser le cadre lui posent question car François se demande jusqu'où il peut aller. Il lui semble important de « *prendre des gants* » lorsque le psychologue rentre dans l'intimité de la personne (François, Annexe 12, p.166). Parfois, il se demande également si ces individus possèdent suffisamment de « *ressources pour travailler des choses dans le domaine psy.* » (François, Annexe 12, p.165). Dans certaines situations, beaucoup de ressources mentales manquent et François (Annexe 12, p.166) se dit qu'entamer un travail psychologique risquerait de réactualiser des problématiques et de « *laisser des plaies béantes... alors qu'ils sont déjà à la rue* ».

Concrètement, François ne reçoit pas des personnes sous influence en entretien car il estime qu'il ne saurait rien travailler. En revanche, il exprime qu'il tolérerait cela dans un accueil communautaire car il pense que si l'enjeu est de créer du lien, alors la consommation n'est plus vraiment un frein. *A contrario*, Catherine laisse entrer dans son bureau les personnes qu'elle juge dans un état suffisamment correct que pour pouvoir travailler quelque chose. Aussi, elle évalue dans quelle mesure la personne a fait un effort pour moins consommer et, par conséquent, elle lui accorde le rendez-vous afin de l'encourager à diminuer sa consommation.

Catherine et François font tous les deux remarquer que le temps que la personne reste dans l'institution sans consommer est déjà une réussite.

Au sein d'un entretien formel, François a recours au non-directif parce qu'il valorise la possibilité de travailler avec les thèmes amenés par la personne. Ainsi, l'éventail de sujets est large et le cadre est plus malléable.

D'après Catherine, le cadre et la posture de travail diffèrent en rue par rapport aux entretiens dans un bureau. Elle considère qu'elle réalise des entretiens dans les deux contextes mais en rue, les entretiens sont plus informels, moins traditionnels et moins conventionnels. Au niveau de la posture en rue, il faut adapter son attitude physique aux conditions et pouvoir s'accroupir, s'asseoir sur le trottoir ou autres, tandis que dans un bureau il y a des chaises. L'objectif du travail en rue est d'aller à la rencontre des personnes pour créer une accroche, « *les aider à refranchir les portes des institutions* » et pour les encourager à se remobiliser (Catherine, Annexe 9, p.116).

Par rapport au travail dans un bureau, Catherine explique que si les gens ne viennent pas ou arrivent trop en retard, elle leur fixe un nouveau rendez-vous ou leur dit qu'elle les verra en rue. Elle indique que cette procédure les aide à réintégrer le cadre institutionnel. De cette façon, elle peut aborder ensuite avec eux les raisons pour lesquelles ils ne sont pas venus et questionner les résistances. Catherine observe que les personnes sont souvent moins à l'aise à l'intérieur de l'institution, entre quatre murs.

### 5.3 POSTURE DE TRAVAIL ET ENJEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT

Pour cette section, neuf sous-points sont développés. L'objectif est de rapporter la manière dont les professionnels rencontrés conçoivent leur posture de travail et l'installation d'une relation de confiance avec leurs bénéficiaires.

Les différentes parties permettront d'examiner les particularités des intervenants, en ce qui concerne les modalités de l'« aller vers », leur façon de se présenter auprès des usagers, l'adaptation du langage ou encore la place donnée au travail social. Après cela, un point est consacré à la notion d'horizontalité dans la relation établie. Ensuite, les notions de proximité et de distance sont explicitées selon la sensibilité de chaque intervenant et afin de démontrer la nécessité de pouvoir s'ajuster en fonction des problématiques du public. Pour terminer, nous explorons la création de liens, l'importance de l'écoute et du soutien dans l'accompagnement, et le rôle de la relation d'aide.

### 5.3.1 Aller vers

La notion « aller vers » transparait dans chacun des récits des intervenants rencontrés.

Pour Catherine, il s'agit d'aller sur le lieu de vie des usagers afin de leur proposer des moments de rencontre accessibles. Après s'être présentée, elle demande à la personne si elle n'a besoin de rien et n'insiste pas si la demande n'est pas là. Au bout d'un certain nombre de passages, quelque chose peut s'enclencher. Parfois, l'instauration d'un lien de confiance peut prendre des années. Catherine (Annexe 8, p.92) dit que « *c'est à force de discuter de manière informelle avec, que d'un coup quelque chose se passe.* »

Lorsque François va à la rencontre des usagers en rue, c'est souvent parce que les autres travailleurs ont eu besoin d'un avis psy et qu'il a été sollicité. Ainsi, le psychologue doit se déplacer pour découvrir le monde de la rue et de la consommation. Selon François, il doit apprendre à se mettre à la place des gens, s'adapter et aller vers eux.

La spécificité du travail de Louise est qu'elle va à la rencontre des bénéficiaires sur demande d'un professionnel du réseau. Sur place, elle est souvent accompagnée du travailleur en question mais, parfois, elle intervient seule si c'est trop compliqué à organiser.

Dans son travail, ce qui plait particulièrement à Mathilde est le fait « *d'aller vers les gens* », d'être « *un point d'ancrage pour des personnes ou un relais d'informations pour le réseau.* » (Mathilde, Annexe 7, p.76).

### 5.3.2 Se présenter

Par habitude, Catherine se présente le plus souvent en tant que travailleuse sociale auprès des usagers qu'elle rencontre pour la première fois. Elle constate que, si les personnes apprennent sa qualification par après, cela aide à démystifier le psy. Pour illustrer ça, elle raconte qu'un bénéficiaire lui avait dit un jour : « *Mais tu es un psy pas comme les autres.* » (Catherine, Annexe 9, p.101). Cependant, selon la situation, elle se présente parfois comme psychologue car son but n'est pas de mentir aux gens.

Dans la perspective de Mathilde, se présenter comme psychologue lui semble parfois utile lorsqu'elle voit que la personne a l'air en souffrance et demande de l'aide. Autrement, c'est le titre de travailleuse sociale qui est le plus souvent mis en avant.

Dans la même lignée, François n'annonce pas d'emblée qu'il est psychologue et évite de détailler la présentation du service. Nonobstant, il laisse généralement l'éducateur avec lequel

il travaille en rue en binôme introduire la discussion avec le patient. Parfois, son collègue le présente comme psychologue. Ainsi, François essaie ensuite de rebondir, d'entrer dans la discussion et de donner son avis. L'enjeu est d'éviter de provoquer des réactions de rejet du psy et de démystifier les *a priori*.

Par ailleurs, François considère que communiquer des informations simples, claires et parcimonieuses est préférable afin de ne pas envahir l'espace de la personne qui n'a pas demandé à être abordée. Ce faisant, le but est de gagner en réceptivité de la part de l'intéressé.

Auprès du public, Louise (Annexe 14, p.199) se présente généralement comme travailleuse sociale car c'est « *mieux accueilli et moins connoté.* » Selon elle, le statut de psychologue renvoie à la notion de santé mentale et cela risque parfois de fragiliser la rencontre si la personne se méfie. Quand Louise se présente, elle commence par demander au patient comment il va et ne précise qu'elle travaille dans un centre de santé mentale que si elle le sent. Elle évalue au cas par cas. Certaines personnes seront rassurées par la connotation de la santé mentale et d'autres auront une attitude de rejet. Dans le cas où l'utilisateur a déjà effectué plusieurs passages en institutions et parle de son historique en santé mentale, cela peut faire sens qu'elle précise son lieu de travail. En revanche, si la personne présente des traits paranoïdes marqués, Louise n'abordera pas forcément son lien avec la santé mentale.

### 5.3.3 Le langage

Dans leur milieu de travail, les cinq intervenants rencontrés sont confrontés à beaucoup de personnes qui parlent une langue étrangère et qui connaissent mal le français. Louise (Annexe 16, p.219) souligne le fait que « *les barrières explosent un peu* » lorsqu'il s'agit d'entretenir une conversation mêlant des mots d'anglais et de français. Le cadre, la posture de travail et la relation sont impactés par la façon dont les interlocuteurs communiquent. Pour elle, les entretiens en français sont plus cadrés car elle peut plus facilement utiliser les bons mots et maintenir une distance à l'aide de la langue. Elle observe que le fait de parler anglais en forçant l'accent français pour mieux se faire comprendre peut produire des relations « *loufoques* » (Louise, Annexe 16, p.219).

Pour tenter de passer au-dessus de la barrière de la langue, Louise utilise souvent Google Traduction ou a recours à des interprètes. Cependant, les personnes ne sont pas toujours favorables à la présence d'un interprète, et ce pour diverses raisons. Par exemple, Louise

explique que certains éprouvent un rejet de leur langue maternelle ou ne souhaitent pas partager des informations intimes et personnelles à un tiers.

De son côté, Catherine adapte son vocabulaire et son mode de communication avec les personnes. Parfois, il est nécessaire de procéder autrement qu'en ayant recours au langage. Certaines émotions peuvent être tellement enfouies que l'individu ne sait plus mettre des mots pour identifier ce qu'il ressent. Par exemple, avec des personnes qui n'ont pas de grandes capacités d'introspection, Catherine utilise les émojis en proposant à l'utilisateur de repérer l'emoji qui correspond le mieux à la manière dont il se sent.

Dans le centre de santé mentale au sein duquel Catherine travaille, les grossièretés ne sont pas acceptées. Néanmoins, Catherine les tolère car elle explique que les bénéficiaires ont l'habitude de s'exprimer ainsi en rue. Elle estime devoir diminuer ses exigences et comprendre que ces habitudes langagières puissent mettre du temps à de changer.

En rue, François (Annexe 11, p.150) adapte sa manière de s'exprimer et « *essaie de ne pas parler comme un psy* », pour éviter de perdre l'attention des gens. Au vu d'une précarité intellectuelle souvent observée chez ce public par François, les mots compliqués sont à éviter. De plus, il s'agit pour le professionnel d'apprendre le langage de la rue et de connaître les mots issus du monde de la consommation. À un autre niveau, François prête attention à la symbolique du langage lorsqu'il interagit avec ses patients. Lors de précédents emplois, il s'est familiarisé avec l'approche lacanienne. François cherche à identifier les mots à double sens et les métaphores dans le discours des personnes. Parfois, ça peut aider les gens à comprendre si leurs propres mots sont repris pour signifier quelque chose. François explique que les gens font des liens sémantiques entre les mots au niveau psychique. Aussi, certains mots entendus peuvent impacter l'individu de manière traumatique et porter atteinte à la santé mentale.

#### 5.3.4 La place du travail social

Selon Catherine (Annexe 8, p.89), les personnes précaires « *sont souvent préoccupées par leur réalité matérielle qui n'est pas simple et qui est souvent source d'angoisse.* » Leurs problématiques sont multiples. Généralement, Catherine garde sa casquette de psychologue mais elle fait parfois un boulot d'assistante sociale. Tout d'abord, il s'agit « *d'émerger de tout ça avant de pouvoir vraiment instaurer un espace clinique.* » (Catherine, Annexe 8, p.89).

Dans le même ordre d'idées, François (Annexe 12, p.162) explique que les problématiques des personnes viennent « *aspirer toute l'aide que tu vas fournir, s'il n'y a pas quelque chose*

*derrière.* » En effet, il observe que beaucoup d'éducateurs s'en tiennent à distribuer du matériel (nourriture, café, vêtements, etc.). Or, pour lui, ces objets sont des « *carottes* » ou des alibis, censés mener à la création de liens (François, Annexe 12, p.161). Lorsque l'intervenant donne du matériel, c'est l'occasion de discuter avec la personne, de creuser le problème.

De plus, François témoigne que beaucoup de sans-abri qu'il rencontre rapportent recevoir trop à manger, et notamment en périodes de fêtes. Selon François, ce n'est pas la nourriture qui pose un problème. En outre, la dépendance aux substances vient aspirer leur revenu financier. Dès le premier jour du mois, où les gens reçoivent leur paie, « *l'argent s'envole.* » (François, Annexe 12, p.162).

Pour Mathilde, c'est lors des accompagnements qu'elle peut prendre le temps de discuter avec les personnes et savoir comment elles vont. C'est à travers les démarches sociales qu'elle crée du lien avec ses usagers et qu'elle assure un suivi thérapeutique. D'après Ariane, le travail social a pour rôle de créer la relation. En effet, il permet d'ouvrir le champ des possibilités pour les personnes (Ariane). Concrètement, le travail social implique parfois de chercher un nouveau lieu de vie, d'organiser une hospitalisation, de prévoir une cure (Louise), d'accompagner au CPAS, etc. (Mathilde). Mathilde considère qu'elle réalise environ vingt-cinq à trente pourcents de travail psychologique. Le reste concerne le travail social et l'informel. Mathilde ne souhaite pas se cantonner à une approche car elle pense que cloisonner les domaines n'est pas bénéfique.

Catherine estime qu'il faut, en premier lieu, partir des demandes de la personne et l'aider à combler ses besoins primaires. Aussi, il peut être intéressant de réorienter vers d'autres services, de passer le relais lorsque l'on n'est pas compétent. L'accompagnement et les démarches sociales précèdent un travail psychologique. Celui-ci n'est possible que si le lien est créé et que les bénéficiaires souhaitent aborder certains sujets plus profondément. À ce moment-là, le bureau de Catherine leur est accessible.

D'après les observations de François (Annexe 13, p.180), avec les gens qui sont en rue « *tout est possible* ». En tant qu'intervenant, il peut aller au-delà de l'analyse et « *être un acteur du social.* » (François, Annexe 13, p.180). Selon lui, « *le travailleur social est quelqu'un d'actif* » dans la conception commune (François, Annexe 13, p.180). D'ailleurs, il constate que sa formation de psychologue n'est pas toujours claire pour les usagers. Dans ce secteur, psychologues et travailleurs sociaux baignent « *un peu dans la même eau, dans la même merde.* » (François, Annexe 13, p.180).

Pour François (Annexe 12, p.171), le travail social peut être « *thérapeutique quand il y a du lien.* » Les zonages des professionnels en rue et les permanences visent tous deux la création de liens.

### 5.3.5 Horizontalité

Pour Ariane, la posture qu'adopte le professionnel par rapport au bénéficiaire n'est jamais totalement horizontale. En effet, les travailleurs sociaux se positionnent chacun spécifiquement et trouvent une manière d'interagir avec l'autre. Cependant, dans sa philosophie de travail, il s'agit d'essayer de « *se passer d'un certain filtrage.* » (Ariane, Annexe 3, p.18), d'éviter de prendre une position d'expert qui stigmatise les gens par le biais de « *savoirs... psychologisants.* » (Ariane, Annexe 2, p.7).

Selon Ariane (Annexe 3, p.18), « *la mobilité permet de trouver des manières de permettre une horizontalité.* » Cela rejoint en partie le point de vue de Mathilde (Annexe 5, p.43), qui décrit la posture du travail de maraude comme étant horizontale puisque le travailleur social se met physiquement au même niveau que la personne et qu'il y a un « *même niveau d'interaction* ». Catherine et Louise précisent également qu'en rue, elles se placent physiquement à hauteur de la personne. Pour Ariane, le travailleur psycho-social a pour rôle de permettre une rencontre, de témoigner, de faire soin, d'être là, d'écouter, de valider l'expérience des individus et de se laisser transformer par autrui. Ariane se sent privilégiée d'être l'interlocutrice que les bénéficiaires vont choisir.

### 5.3.6 Proximité et distance

Dans son travail, Ariane estime que la juste distance n'est pas un terme approprié. Du point de vue des psychologues, l'intersubjectivité est souvent perçue comme dangereuse ou à travailler. Le travailleur social, de son côté, doit « *se laisser transformer par l'autre* », être curieux mais aussi pouvoir se préserver et ne pas se laisser envahir (Ariane, Annexe 3, p.24). Selon Ariane (Annexe 3, p.24), c'est un travail de « *funambulisme* ». Cette gymnastique lui semble nécessaire pour pouvoir investir la relation. Il faut faire preuve d'assez de sensibilité pour se laisser transformer, pour écouter, mais en respectant ses limites personnelles et les limites institutionnelles. Les supervisions et les ressources personnelles sont cruciales pour garder un équilibre sain et sécurisé.

En effet, être constamment amené à s'ajuster et le fait que la posture du travailleur social ne soit pas assurée est coûteux en termes d'énergie. Ariane (Annexe 2, p.12) estime que ce genre

de boulot est temporaire, « *qu'il y a une date de péremption.* » Elle souligne qu'il faut pouvoir accepter de ne pas savoir tout contrôler, être capable de repousser ses frontières et pouvoir négocier avec autrui au sein d'une relation horizontale. Néanmoins, elle met en avant le fait qu'il ne faut pas oublier de prendre du temps pour soi, de se ressourcer, pour éviter de se laisser aspirer par les traumatismes récurrents présents dans le travail.

Au niveau de l'organisation de son travail, Ariane essaie de garder cinquante pourcents de terrain. Par ailleurs, sa fonction de coordination l'amène à réfléchir à la gestion de l'équipe, à leur philosophie de travail ainsi qu'aux horaires. Dans son service, ils tentent de rester souples et solides. En prenant en compte les contraintes, ils créent de l'espace pour faire un boulot qui a du sens sur le terrain. Il lui semble également important d'éviter que le terrain n'épuise les intervenants et les usagers.

Par ailleurs, Mathilde ne conçoit pas non plus sa posture en termes de distance thérapeutique. Elle a besoin de se mettre au même niveau que la personne et de la considérer comme un être humain plutôt que comme un sans-abri. En général, Mathilde se situe plutôt dans une posture familière car elle constate que cela lui permet de gagner la confiance des gens.

Mathilde a tendance à tutoyer les gens presque directement mais ça lui arrive d'employer le vouvoiement si la personne préfère. De son côté, Catherine emploie le vouvoiement ou le tutoiement en fonction de la personne et de sa relation avec elle. Toutes deux observent que le vouvoiement instaure souvent beaucoup de distance interpersonnelle et Catherine explique que certains usagers tolèrent mal cela. Catherine (Annexe 8, p.88) conçoit l'interaction « *sur un même niveau* ». Si quelqu'un la tutoie ou la vouvoie, elle va en faire de même.

Lorsque Mathilde se rend compte que la relation bascule vers trop de proximité, elle va essayer de se décaler en posant le cadre et ses limites. Parfois, cet exercice d'ajustement peut être difficile car le cadre fluctue en rue et il faut pouvoir reculer sans que la personne se sente abandonnée.

Selon Catherine, trouver le juste milieu et donc ne pas être trop familière ni trop cadrée peut s'avérer compliqué, surtout en début de carrière. Le cadre doit être malléable et il faut s'adapter à la personne en adoptant une position d'écoute. Il faut aussi pouvoir jauger jusqu'où il est possible d'aller puisque les protections et les balises éthiques sont importantes. Pour Catherine (Annexe 8, p.89), une « *bonne proximité* » est essentielle pour travailler et créer du lien avec ce public qui reste à l'écart des structures d'aide. L'intervenant doit faire « *un travail d'imprégnation* » car, pour être proche, il est fondamental de bien connaître le public, le

fréquenter depuis un certain temps, apprendre ses conditions de vie et ses modes de pensées, comprendre ses relations et ses logiques (Catherine, Annexe 9, p.106). En tant que travailleur social, il est intéressant d'accumuler des compétences et des connaissances dans des domaines variés (éducation, clinique, médical, social, etc.) car les premières demandes des bénéficiaires peuvent concerner l'une ou l'autre sphère. Catherine (Annexe 8, p.89) précise qu'une posture de « *bonne proximité* » se co-construit progressivement avec l'utilisateur parce que c'est un travail d'appropriation mutuel.

Pour Catherine, la dimension corporelle est inhérente à la notion de proximité avec le public en rue. En effet, la proximité physique avec les usagers peut avoir son importance lorsqu'ils « *ont l'impression d'être des pestiférés.* » (Catherine, Annexe 8, p.103). Catherine fait souvent la bise ou entoure la personne de son bras.

D'après François, le travailleur doit observer la façon dont l'utilisateur se tient pour adapter sa propre position en rue. François essaie d'adopter une posture détendue, de montrer qu'il est à l'aise et qu'il connaît le terrain. L'objectif est de faire passer le message qu'il est là et qu'il veut bien rester. Quand les personnes sentent que le professionnel est à l'aise, François explique que cela crée une ouverture et que ça leur donne une raison de faire confiance.

Pour Louise, la distance adéquate est relative à chaque bénéficiaire et à chaque travailleur. Tout comme Catherine et Mathilde, elle estime qu'il est crucial de diminuer cette distance pour pouvoir travailler avec ce public et qu'il est nécessaire de s'ajuster à la personne.

Finalement, selon Louise, la distance est liée au cadre. Dans son centre, elle trouve que la limite entre patient et soignant est parfois floue car un bénéficiaire qui entre dans le bâtiment est considéré au même niveau que les collègues.

### 5.3.7 Création de liens

Mathilde observe que le lien se crée dans l'informel. Les personnes qu'elle rencontre en rue ont souvent subi des ruptures familiales ou d'autres événements de vie traumatiques. Elles endurent le regard jugeant de la société et cela peut être très violent. Ainsi, les travailleurs sociaux peuvent leur procurer de la reconnaissance et leur faire prendre conscience qu'elles sont toujours des êtres humains.

Mathilde considère que la proximité est une condition à la création de liens. Néanmoins, l'enjeu est de stabiliser le lien de confiance avec la personne. Concrètement, Mathilde tente d'abord de faire émerger une demande et utilise des outils (vêtements, nourriture, etc.) pour créer une

accroche. Elle constate qu'à un moment donné, les usagers deviennent un peu dépendants des services. Pour ne pas se laisser dépasser, elle doit garder des alertes et ne pas céder à toutes les demandes. L'objectif est d'autonomiser la personne, la responsabiliser et de pouvoir l'orienter vers d'autres institutions qui puissent constituer un tremplin.

De son côté, Louise apprend à travailler avec des patients présentant des problématiques psychiatriques. Le lien de confiance se tisse petit à petit et à travers beaucoup de moments informels. L'idée est d'accueillir la personne, d'être dans la rencontre et non pas de viser en premier lieu l'intégration à la société.

Selon Catherine, l'une des difficultés de ce public est que, bien souvent, les gens ont perdu confiance dans les services à cause de mauvaises expériences. De plus, ils connaissent une fragilité dans le lien aux autres ou ont des carences affectives. Le but de l'accompagnement est de permettre à ces personnes « *d'expérimenter de nouvelles formes de lien.* » (Catherine, Annexe 8, p.91). Dans la relation établie avec l'intervenant, l'idée est que l'individu puisse trouver un « *étayage narcissique* » dont il a manqué et que cela lui permette de mieux évoluer dans son environnement (Catherine, Annexe 8, p.91). L'objectif de cette création de liens à l'aide du travail social est, comme le souligne Mathilde, de pouvoir consolider le réseau autour de la personne.

Pour entrer en contact avec les personnes, Catherine explique qu'il est important d'y aller en douceur pour que cela facilite la construction de la relation ensuite. En premier lieu, un simple sourire, des gestes ou un bonjour sont parfois suffisants. Il faut respecter le cadre de la personne et la façon dont elle a aménagé l'espace public. Pour commencer, il peut s'avérer judicieux de demander à la personne si elle accepte une présence. Aussi, « *il est essentiel de tenir compte des rites, des temporalités de chacun, de la langue maternelle des personnes qu'on rencontre.* » (Catherine, Annexe 9, p.105). Catherine (Annexe 8, p.91) souligne le fait qu'il s'agit d'appivoiser la rue et d'effectuer « *un travail de patience et de présence* » afin que l'accroche se crée. François rejoint ce point de vue en rappelant l'importance de la présence et de la récurrence du passage. Parfois, François remarque que les échanges se résument à un « bonjour » car il faut prendre le temps de familiariser les personnes à la présence des travailleurs.

Ce qui tient le plus à cœur à François est la création de liens. Il prend plaisir à interagir avec les gens, à les approcher en rue et à générer une accroche. Pour lui, il s'agit d'un travail de patience et d'engagement. De son expérience, François observe que les usagers qui restent à la

rue ont vécu des traumatismes nombreux, des déceptions, des trahisons, des deuils, des carences affectives, etc. Ils ont perdu confiance et « *ont parfois très peu de compétences de création de lien social.* » (François, Annexe 11, p.142). En ce sens, François pense que la création d'un lien avec l'intervenant permet qu'une relation de confiance s'établisse et que cela devienne aidant. À l'instar de Catherine, il évoque aussi le fait que « *tout est dans le dosage de l'approche.* » (François, Annexe 11, p.150). L'une des missions de son équipe est d'accrocher les personnes en errance. Là où les gens décrochent, le but de son équipe est de se déplacer, se montrer, tout en respectant l'espace de l'autre. Les travailleurs forment un pont entre la rue et l'institution. Cependant, ils ont pour objectif de réparer le lien de confiance avant de tendre vers l'idéal de réinsertion.

Dans l'espace de rencontre, il s'agit d'établir un contact, de fonder une accroche en vue de développer un lien, mais aussi de s'adapter aux lieux. Lorsque Catherine se rend au sein d'une autre institution, elle doit prendre en compte le règlement de l'endroit, tout en assurant son accessibilité pour les usagers. Pour Catherine, son travail de psychologue consiste aussi en la restauration de liens entre les institutions et les bénéficiaires.

### 5.3.8 Travail d'écoute et de soutien

D'après Catherine, accompagner des personnes en situation de précarité implique un travail d'écoute et de soutien. Elle doit se rendre disponible, s'adapter aux spécificités de chacun, respecter l'intimité des personnes, ne pas envahir leur espace et ne pas forcer les demandes. Pour pouvoir interagir et instaurer une base relationnelle, Catherine (Annexe 9, p.106) essaie de partir « *des goûts culturels de chacun* » et des expériences en commun. Elle évalue les ressources du sujet pour essayer de diminuer l'exclusion sociale. Le but est de mettre en avant la créativité des gens après avoir pris en compte leurs besoins et leurs demandes éventuelles. Selon Catherine (Annexe 9, p.107), ce travail d'accompagnement « *peut, pour certains, avoir une valeur de renforcement narcissique.* » Ainsi, la personne peut reprendre confiance en elle et découvrir « *qu'il est possible d'oser se montrer avec ses forces et pas forcément avec tous ses problèmes de détresse matérielle ou affective.* » (Catherine, Annexe 9, p.107). Catherine tente de mettre en avant ce qui va bien, leurs capacités d'expression artistiques et leurs centres d'intérêt, dans le but de créer quelque chose de constructif.

Dans son travail de psychologue, François distingue écoute active, soutien psychologique et travail psychologique. Selon lui, les missions sont différentes en fonction du cadre qu'il est possible d'occuper. Il conçoit un continuum où, d'un côté se trouverait l'accroche, la création

de liens en rue, et de l'autre, le soutien psychologique et l'accompagnement où s'ajoutent les quatre murs. Pour François, si la personne en vient à consulter toutes les semaines, alors c'est gagné. L'écoute active a plutôt lieu dans la mission d'accrochage, lors de la création de liens. Elle permet d'apprendre à se connaître et d'appivoiser l'autre. Quant au soutien psychologique, il survient lorsque la personne formule une demande et est en souffrance. À ce moment-là, François se situe dans une position d'aide. Généralement, le soutien et le travail psychologiques se font en consultation car l'échange peut se dérouler en toute confidentialité, mais il arrive que François fasse du soutien en rue.

Lors de l'analyse de la demande en entretien, François (Annexe 11, pp.149-150) ne suit pas un canevas précis car il estime que ce serait « *trop cadrant* » pour le public auquel il s'adresse, « *trop carré pour la complexité de leur vécu* ». Parfois, François prend le temps de deux ou trois consultations pour comprendre la demande et la problématique. En premier lieu, il travaille l'accroche, le lien, la confiance, et ensuite éventuellement l'analyse de la demande. Selon François, les patients qui viennent consulter n'ont pas une définition claire de leur problème en arrivant. Ils viennent la créer avec le psychologue.

Selon François, il peut s'avérer compliqué de déterminer la problématique de santé mentale à aborder en premier. Il faut se demander si les problèmes à traiter sont liés à une source commune ou s'il faut les prendre en charge séparément. De plus, le besoin de la personne permet d'indiquer ce qu'il y a lieu de travailler d'abord et ce qui semble le plus urgent.

### 5.3.9 La relation

Pour chacun des participants rencontrés, la relation joue un rôle prépondérant dans l'accompagnement de ce public précaire. En effet, comme le souligne Catherine, les bénéficiaires ont parfois vécu tellement de ruptures dans leur vie qu'il devient compliqué pour eux de maintenir une relation. Selon Catherine, l'un des objectifs des intervenants est de leur redonner confiance dans un lien interpersonnel. La durée de ces relations professionnelles avec un travailleur peut être à court terme, moyen terme ou long terme.

Selon Ariane, même si elle reconnaît l'existence d'outils intéressants, c'est au sein de la complexité de la relation établie qu'il est possible d'aider la personne. Le rôle des intervenants est d'être là à un moment clé de leur vie car c'est la relation qui fait soin. Il s'agit d'accueillir la souffrance, d'écouter les gens et d'offrir une « *aide qui est aidante* » (Ariane, Annexe 2, p.11). Ainsi, Ariane (Annexe 3, pp.23-24) explique que le terme « *care* » convient mieux à sa

philosophie de travail que le terme « *soin* ». Pour elle, le versant thérapeutique implique une finalité puisqu'une fois que la personne est guérie elle n'a plus besoin de soins. Or, le « *care* » sous-tend une continuité au sein de la relation et permet à l'intervenant d'être présent lors des moments difficiles de la vie de la personne.

Pour Mathilde, la relation permet d'accorder de la reconnaissance aux personnes, de se préoccuper d'elles. Le professionnel peut s'appuyer sur ce lien pour proposer une aide adaptée, rassurer, accompagner vers plus d'autonomie. Dans le cadre de cette relation, un lien de confiance existe et Mathilde peut prendre le temps d'écouter les bénéficiaires lors de moments informels. Depuis qu'elle travaille en maraude de jour, elle sent qu'elle dispose de davantage de libertés et que des accompagnements de fond sont possibles en assurant une continuité avec les personnes. Mathilde (Annexe 5, p.43) conçoit que le travailleur « *est une énorme béquille à un moment donné* » de la vie des usagers.

De son côté, Catherine entretient un lien très proche, d'empathie et de bienveillance avec les bénéficiaires. Tout en gardant une attitude professionnelle, elle explique qu'il y a une dimension affective qui intervient puisqu'elle les appelle « *mes gars* » (Catherine, Annexe 9, p.114). Dans la relation d'accompagnement, Catherine exprime que le transfert et le contre-transfert sont à l'œuvre et que des choses se rejouent. L'idée est d'analyser et d'identifier « *les interactions, les nœuds relationnels et les enjeux des rapports sociaux* » afin d'éviter de se laisser déborder par les souffrances d'autrui (Catherine, Annexe 9, p.110). De plus, pour Catherine, il est important de se questionner et de recadrer lorsque la relation devient trop proche. Elle dit : « *Au plus je me rapproche, au plus je dois développer mes capacités réflexives de distanciation et d'interprétation.* » (Catherine, Annexe 9, p.110).

D'après François, les personnes avec lesquelles il travaille ont perdu une partie d'elles-mêmes car elles ne sont plus ancrées dans un environnement matériel et relationnel qui leur permettrait de se définir. Elles ont perdu des compétences relationnelles, leurs qualités professionnelles, leur classe sociale et le réseau qu'elles avaient auparavant. Pour se reconstruire et retrouver une identité, ces personnes doivent pouvoir créer du lien. Ainsi, François (Annexe 12, p.158) se considère comme un « *réfèrent de leur identité* ». Ces individus viennent lui déposer une partie d'eux-mêmes, dont il est garant. L'objectif est « *d'être une béquille dans le réseau social de l'usager* », de le représenter et de lui permettre d'exister (François, Annexe 12, p.157). « *Tu n'es personne quand tu es tout seul. Tu es quelqu'un avec les autres.* » (François, Annexe 12, p.158). Lorsqu'un lien est créé avec l'intervenant, le bénéficiaire sait qu'il peut compter sur lui

pour relayer des informations utiles au réseau d'aide. En incarnant ce « *fil rouge* », le travailleur peut assurer une présence thérapeutique sur la durée (Catherine, Annexe 9, p.113 ; François, Annexe 11, p.148).

Selon Louise, la relation d'aide a de multiples fonctions et elle repose sur une présence. Quand la personne sait que l'intervenant est présent pour elle et que la relation est créée, « *on ne reprend pas à zéro* » après une rechute ou une nouvelle demande (Louise, Annexe 15, p.208). Louise (Annexe 15, p.205) essaie « *toujours d'établir une relation humaine classique.* » Dans les faits, la frontière entre relation amicale et professionnelle est parfois floue.

Néanmoins, il est important pour Louise de poser un cadre et de mettre ses limites. Avec un public précarisé et dont la situation de vie est éclatée, « *le professionnel doit jouer avec les limites* » car le risque d'un cadre rigide est d'empêcher l'accroche (Louise, Annexe 15, p.206). Ainsi, la personne peut se rattacher au cadre en fonction de ses besoins et préférences.

De plus, Louise estime qu'il faut adapter sa présence afin qu'elle corresponde aux besoins de l'individu. Par ailleurs, Louise exprime la difficulté de communiquer avec certains patients paranoïaques. Parfois, la régularité et la présence ne sont pas aidantes pour accompagner ces personnes.

Bien que l'objectif institutionnel soit de réinsérer les gens dans un suivi psychiatrique adapté, Louise se rend compte que la relation perdure souvent au-delà de la finalité de l'accompagnement. D'ailleurs, Louise exprime que mettre fin à un suivi peut prendre du temps et que c'est cette relation qui lui donne parfois la motivation d'accomplir son travail avec ceux pour qui la situation est plus compliquée. Dans certains cas, Louise constate que la relation ne fonctionne pas et elle estime qu'il est important de le reconnaître. Différentes raisons peuvent en être la cause et notamment lorsque l'intervenant ne parvient pas à gérer cette relation. À ce moment-là, la personne peut être réorientée vers un autre professionnel.

#### 5.4 ACCUEILLIR LA CRISE

Dans ce point, l'idée est de mettre en exergue des types de situations critiques auxquelles sont confrontés les travailleurs. Ainsi, trois sections sont élaborées ci-après : l'urgence, santé mentale et précarité, la violence.

En effet, certaines personnes en situation de précarité sont susceptibles de se retrouver dans des conditions difficiles d'urgence mettant en péril leur intégrité et leur sécurité à plusieurs

niveaux. Cela peut concerner leur état de santé physique et mentale, leur situation sociale ou le tout à la fois.

Par ailleurs, les problématiques de santé mentale fréquentes au sein de cette population peuvent mettre en difficultés les travailleurs sociaux qui se sentent parfois désemparés. En outre, la dernière section traduit les sources de violence que les professionnels peuvent retrouver dans leur travail.

Les intervenants rencontrés exposent ainsi leurs constats, leur expérience de la maladie mentale sur le terrain, leur façon d'accompagner des personnes en crise et les limites avec lesquelles ils doivent composer.

#### 5.4.1 L'urgence

Pour Mathilde (Annexe 7, p.82), l'urgence est une situation où la personne est « *incapable de se mettre à l'abri* », où les professionnels ont des craintes par rapport à son intégrité et qu'ils considèrent qu'elle est trop démunie pour répondre à ses besoins primaires. Une personne en situation d'urgence serait, selon Mathilde, quelqu'un de vulnérable physiquement ou psychologiquement et qui ne serait pas capable d'entreprendre des démarches seule. Les travailleurs jugent donc subjectivement le degré d'autonomie de l'individu. Par exemple, si la personne possède un téléphone, Mathilde jugera qu'elle peut appeler en cas de besoin et que ce n'est pas urgent. Dans le service de Mathilde, cette évaluation doit se faire assez rapidement. Ils sont « *parfois obligé de mettre des petits coups de pression* » aux gens (Mathilde, Annexe 7, p.83). L'enjeu est d'assurer un roulement pour que de la place se libère dans l'hébergement, tout en essayant « *de rester le plus juste possible, d'offrir des places pour des personnes qui en ont le plus besoin.* » (Mathilde, Annexe 7, p.83). Ce dispositif de rotation est également présent dans la logique du service de Louise. Selon cette dernière, l'idée est de laisser de la place pour des suivis qui ont des besoins plus prépondérants. Mathilde explique que ce système pose des questions éthiques.

De son côté, Catherine s'interroge par rapport à l'intervention en urgence. Elle rapporte que certains usagers ne sollicitent les professionnels que dans l'urgence et qu'il faut ainsi pouvoir entendre la demande et la prendre en compte « *au moment où elle s'exprime* » (Catherine, Annexe 9, p.105).

Au sein du service de Louise, ils ne travaillent pas en urgence. Ils rencontrent la personne une à deux fois par semaine et, à côté de ça, d'autres professionnels du réseau sont présents. Louise

(Annexe 14, p.197) considère qu'elle effectue « *un travail de luxe dans le secteur du sans-abrisme* » car elle n'est pas amenée à gérer des crises psychiatriques. Elle estime bénéficier des moments privilégiés avec les patients puisqu'elle les emmène boire un café, se promener, et puis elle les redépose en rue avec toutes leurs valises et leurs problèmes.

#### 5.4.2 Santé mentale et précarité

Pour Ariane, la santé mentale est un sujet politique avant d'être social ou personnel. Selon elle, c'est à cause de la psychiatrie que les gens n'arrivent pas à s'en sortir car ils se retrouvent coincés et fichés avec leurs problèmes de santé mentale. De ce fait, elle ressent de l'injustice et perçoit un décalage entre la réalité des individus et le système de pouvoir et de savoir environnant. Ariane pense que les personnes souffrant d'une maladie mentale diagnostiquée ne sont ni entendues ni reconnues. De plus, elles vont d'institution en institution sans trouver de point d'ancrage. D'après Ariane (Annexe 2, p.14), « *la psychiatrie est encore un outil d'oppression* » dans un monde qui n'accepte pas la différence.

François aborde la thématique de la santé mentale d'un point de vue plus sociologique. Selon lui, la société occidentale actuelle fragilise la santé mentale des individus. Le développement de l'industrie, l'accélération du rythme de vie sur un mode « *méto-boulot-dodo* », l'augmentation du coût de la vie et le formatage de l'éducation rendent les gens plus fragiles (François, Annexe 12, p.162). Pour François, la société de consommation dans laquelle on vit n'éduque pas à la population de prendre soin de sa santé mentale. De plus, « *le contexte... prédispose déjà à certains troubles* » dans la mesure où certaines personnes ne parviennent pas à rentrer dans le moule (François, Annexe 12, p.163).

En outre, Mathilde raconte que les travailleurs du secteur du sans-abrisme sont confrontés à beaucoup de murs dans le système. Les personnes en refus de soins et qui présentent des troubles de la santé mentale constituent un public avec lequel il est souvent difficile de travailler. De plus, les Service de Santé Mentale sont surpeuplés. Selon le fonctionnement des urgences hospitalières, le temps d'attente peut être très long s'il n'y a pas d'impératif vital. Les personnes en détresse psychologique ne sont donc pas prioritaires.

Selon Mathilde (Annexe 5, p.42), « *n'importe qui aurait des troubles du DSM* » en rue. Cela lui semble inutile de coller des étiquettes diagnostiques car ça équivaldrait à « *pathologiser à outrance* » (Mathilde, Annexe 5, p.42). Son objectif est d'écouter les gens, de les aider et de

comprendre leur demande. Pour elle, il serait insensé de mener les personnes en rue rencontrées aléatoirement dans une trajectoire de soins classique.

Mathilde observe que les individus décompensent moins en rue qu'en centre car ils sont dans une logique de survie. Certaines personnes parlent seules, sont dans leur réalité, mais ne se mettent pas en danger pour autant. En centre, les gens se reposent et des choses peuvent resurgir. Parfois, des passages à l'acte ou des décompensations violentes nécessitent de faire appel aux forces de l'ordre.

Par rapport aux personnes qui se mettent en danger, Mathilde explique qu'il s'agit de travailler avec leur réalité et leurs problématiques, ainsi que de pouvoir repérer les signaux d'urgence. Avec ces personnes-là, Mathilde ne réalise pas de suivi à long terme mais fait des veilles sanitaires pour répondre aux demandes matérielles. Dans ces situations, Mathilde souligne l'importance d'un travail de réseau afin de signaler les difficultés aux équipes compétentes. Quelquefois, des mises en observation sont appliquées par l'équipe. Mathilde ne se sent pas très à l'aise avec cette intervention qui vient entraver les droits fondamentaux de l'utilisateur en le contraignant violemment. De plus, c'est très procédurier et cela brise le lien de confiance avec la personne. Aussi, le retour en rue par la suite peut être brutal et il y a à nouveau un risque de décès si la situation stagne.

D'après Catherine (Annexe 8, p.97), il y a de plus en plus de personnes souffrant du « *double diagnostic* » qui se retrouvent en rue. Louise rapporte également une augmentation importante de problèmes psychiatriques lourds au sein du public précarisé. Selon Catherine, la cause serait la réforme en psychiatrie. Cependant, les ressources sont faibles au niveau de la prise en charge et il y a un grand manque de solutions. Beaucoup d'équipes ne savent pas comment agir avec ce public-là et craignent de poser un cadre au risque de générer une crise. Aussi, Catherine remarque que peu de psychologues se rendent en rue pour rencontrer ce public et qu'il est difficile de trouver des psychiatres de référence.

En effet, Catherine explique qu'il est très compliqué de prendre en charge une personne qui présente une grave problématique psychologique. Pour elle, l'accompagnement de personnes en crise se fait au cas par cas. Souvent, elle tente d'apaiser à l'aide du ton de voix et est attentive à la personne. Catherine essaie de bricoler comme elle le peut. Quand un bénéficiaire est mis en observation, elle va lui rendre visite pour essayer de maintenir le lien et d'amener la personne à comprendre pourquoi cette décision a été prise. Elle rapporte être quasiment la seule dans son réseau à aller voir la personne sur le terrain mais elle ne sait pas répondre à toutes les

demandes. Lorsqu'il s'agit d'un usager qu'elle connaît, elle se sent apte à gérer la situation mais elle ne parvient pas toujours à trouver des solutions dans d'autres situations.

Du point de vue des citoyens, Catherine explique que les personnes délirantes en rue peuvent rendre mal à l'aise, effrayer, voire déranger. Ces réactions constituent, selon Catherine (Annexe 10, pp.123-124), « *une manière de se dégager de ce qui pourrait nous arriver.* »

Par ailleurs, elle remarque que les professionnels sont généralement désemparés par rapport à ces questions. Ils font face à un cruel manque d'espace, de moyens humains, de ressources financières et de structures. Mathilde rejoint ce point de vue en ajoutant qu'elle ne se sent elle-même pas qualifiée pour ce genre de cas de figure et que les solutions sont pauvres. La plupart du temps, Mathilde espère que la personne accepte de se rendre à l'hôpital et d'avoir recours aux urgences. Parfois, Catherine explique que si l'individu présente un danger pour lui-même ou pour autrui, la mise en observation<sup>4</sup> apparaît comme étant la seule option. Cependant, cela vient souvent casser la relation établie avec le bénéficiaire.

Pour pouvoir travailler avec une personne en crise, Ariane souligne l'importance d'être là, d'être témoin, de valider la crise et l'urgence, et de reconnaître la souffrance de l'autre avant de chercher des solutions car cela permet de maintenir la relation. Lorsqu'une personne est en crise, il s'agit de créer de l'espace pour elle, de se porter garant et d'assurer une continuité du lien. Afin de tenter de trouver des solutions face à la crise, Ariane et son équipe essaient de déresponsabiliser les usagers, de pousser les portes des institutions et de trouver des relais pour obtenir plus de confort. Ariane exprime qu'un travail de plaidoyer auprès du fédéral et des réseaux régionaux serait à faire, notamment par rapport à la question des exclusions. Au niveau des travailleurs, Ariane avance l'idée que si de l'épuisement ou des frustrations sont ressentis, le recours à l'équipe permet d'explorer différents moyens.

Avec ce public, Catherine affirme que le travail en réseau est très aidant. Outre les équipes mobiles et les centres ambulatoires, il existe la possibilité de faire appel à des maisons de soins psychiatriques. Lorsque l'hôpital accueille quelqu'un, l'idéal est que le personnel contacte Catherine pour qu'elle puisse essayer d'instaurer une relation avec le patient avant qu'il ne se retrouve en rue. En effet, pour Catherine, l'intérêt de rechercher une sécurité pour ces individus est primordial. Pour certaines personnes qui ont été institutionnalisées pendant longtemps, la

---

<sup>4</sup> Cette mesure fait référence à la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux, entrée en vigueur en Belgique le 26 juin 1990 (citée dans *Loi de mise sous protection des malades mentaux*, 2015).

rue apparait comme magique car ils ont plus de libertés. Cependant, elles prennent vite de mauvaises habitudes et ça tourne à la catastrophe.

Catherine évoque également la question de la médication en rue. Pour elle, il y a un manque de structures et le suivi est compliqué une fois que la personne est en rue. Premièrement, les personnes se font voler leurs médicaments, faute de pouvoir les placer en sûreté. Deuxièmement, le fait d'être stabilisé avec un tel traitement rend l'humeur monotone. En sortant d'un centre, les gens n'ont plus de joie de vivre et arrêtent donc leur traitement une fois arrivées en rue.

De son côté, Louise et son équipe ont plusieurs outils de travail pour accompagner les personnes avec des problématiques psychiatriques et en situation de précarité.

Premièrement, ils réalisent des suivis de personnes sur base de l'appel d'un professionnel qui suspecte une problématique de santé mentale chez l'un de ses usagers qu'il n'arrive pas à gérer.

Deuxièmement, ils organisent des formations en santé mentale à destination des professionnels du secteur du sans-abrisme. Lors de ces formations, ils enseignent des éléments théoriques à propos des pathologies psychiatriques et discutent autour de cas pratiques amenés par les travailleurs. L'idée est, entre autres, d'aider les professionnels à apaiser la crise d'un usager et de mieux y faire face.

Enfin, l'équipe de Louise (Annexe 14, p.197) a pour mission de faire de la « *coordination de soins* ». Il s'agit de réunions où l'on regroupe les professionnels autour du patient. Ce dernier choisit les personnes qu'il souhaite avoir à la table. Cette méthode permet de rendre le travail et le suivi plus cohérents, ainsi que de mieux traiter les demandes de la personne. Louise remarque qu'il y a peu de demandes de professionnels pour ce type de rencontres mais que cela peut parfois beaucoup apaiser le bénéficiaire.

#### 5.4.3 La violence

En rue, Mathilde a déjà été témoin d'agressions entre SDF mais jamais envers des collègues. Pour Ariane, il est important de nuancer la conception de la rue comme espace. La rue peut être violente mais tout comme le domicile peut aussi l'être. Parfois même, la rue est un choix selon Ariane. Les auteurs de violence sont les institutions, la société, les riverains, les structures dans l'espace public qui ferment leurs portes aux personnes dans le besoin. Si les institutions étaient plus souples et donnaient leur chance aux gens, Ariane pense que la rue le serait peut-être aussi.

Pour illustrer cela, Ariane fait part du récit d'une femme qui a été exclue de plusieurs centres. Les raisons comprenaient principalement des passages à l'acte violents. En outre, si toutes les portes lui sont fermées, elle n'aura jamais l'opportunité de s'en sortir. Ariane (Annexe 3, p.21) compare cela à « *faire de l'escalade sans corde* ». Pour elle, la violence se situe dans la notion d'exclusion, au niveau de la stigmatisation et du jugement que la société porte sur ces individus marginalisés.

D'après l'expérience de Louise, la violence en rue est liée à la consommation de substances ou à la maladie mentale. Régulièrement, Louise se fait insulter en rue. Pour elle, « *on ne s'y attend jamais. On fait sa coquille au fur et à mesure.* » (Louise, Annexe 15, p.212). Elle éprouve des difficultés à s'adapter aux agressions verbales et explique d'ailleurs qu'elle a été fort déstabilisée les premières fois. Finalement, elle se prémunit et tente de rester digne. Louise préfère une réaction insultante, l'accusant de mal effectuer son travail, au mutisme. Sans communication, Louise dit qu'il n'est pas possible d'avancer.

## 5.5 IMPACT DU TERRAIN SUR LES TRAVAILLEURS

Pour ce point, nous avons souhaité mettre en avant les aspects positifs et négatifs du travail dans ce secteur, tels qu'ils sont vécus par les intervenants rencontrés. Aussi, des éléments en lien avec certains fonctionnements institutionnels sont évoqués. Ici, le but est de contextualiser en exprimant des contraintes que peuvent subir les usagers et les professionnels ainsi que les libertés et les potentialités dont ils disposent de part et d'autre.

Ce faisant, les deux premiers sous-chapitres traitent du sentiment d'utilité qu'ils peuvent éprouver. En deuxième lieu, nous examinons le sentiment d'impuissance des acteurs psychosociaux. Ensuite, un point concernant le rapport à l'institution et au politique est présenté. Celui-ci mêle des positionnements favorables et défavorables à l'égard de certaines dispositions prises par les structures. Finalement, une section est dédiée au sujet de l'épuisement professionnel. Dans ce dernier point, les intervenants exposent leur compréhension du phénomène et font part de leur rapport personnel à cette notion. Ils partagent également la manière dont ils parviennent à trouver un équilibre qui leur convient et à puiser des ressources pour éviter de s'épuiser.

### 5.5.1 Sentiment d'utilité

Pour Mathilde, les interactions et la communication avec les usagers sont gratifiantes quand elles se déroulent de façon agréable. Le fait de se sentir utile pour les gens est également gratifiant. Elle a tendance à puiser sa motivation dans les orientations qui aboutissent, à travers les surprises du quotidien et les suivis encourageants. Pour Louise, les petites victoires et les relations agréables qu'elle entretient avec les bénéficiaires sont également une source de satisfaction.

De son côté, Catherine se sent utile auprès du public et cela lui apporte satisfaction dans son travail. Elle sent qu'elle a sa place là où elle est et qu'il y a de quoi faire. Aussi, Catherine se rend disponible pour répondre aux questions des autres professionnels, pour soutenir les bénévoles en difficultés, mais elle ne considère pas cette mission comme étant son but principal.

Cependant, Mathilde est mitigée par rapport au sentiment d'utilité. Dans son travail, elle estime qu'il est essentiel de rester humble car cela lui semblerait prétentieux de déclarer que les gens vont mieux après avoir été aidés. Selon Mathilde, le sentiment d'utilité ne devrait pas être omniprésent ni être l'objectif central du travail de rue.

Par ailleurs, Louise ressent parfois un sentiment d'inutilité lorsqu'elle se rend compte à quel point elle agit à une échelle minime. Concrètement, elle ne peut se permettre de ne voir que cinq ou six personnes par semaine et cela la frustre. Au sein de son service, la patientèle est limitée pour tenter de maintenir une certaine qualité des soins auprès des suivis, préserver un contact humain et pouvoir s'adapter aux patients. S'ils augmentaient le nombre de personnes rencontrées, ils ne pourraient pas prendre le temps d'accompagner la crise. Son service mobile est saturé et elle constate un manque de moyens humains dans le secteur.

### 5.5.2 Sentiment d'impuissance

Par rapport au sentiment d'impuissance, Ariane a conscience qu'elle a tendance à avoir des projets pour les gens mais que c'est à eux de décider. Lorsqu'elle est dans de l'affect et qu'elle a le souhait de sauver les gens, elle ressent de l'impuissance. L'impuissance survient quand elle est en lien avec une personne et qu'elle constate que la situation dégringole.

Dans ce milieu professionnel, les acteurs de terrain sont confrontés « *à des formes de violences et des souffrances qui sont parfois insupportables.* » (Catherine, Annexe 9, p.110). Les bénéficiaires présentent parfois de lourds problèmes psychologiques, sociaux et économiques.

Catherine ne peut se reposer que sur les mots pour faire face à ces chocs quotidiens. Elle se sent parfois dépassée par les crises des usagers et le fait de fréquenter des lieux risqués exige une vigilance permanente.

L'une des difficultés auxquelles est confrontée Louise est la législation belge en termes de droits. Elle constate que, pour les personnes qui n'ont pas de droits, il n'y a pas d'issue. Louise se sent impuissante par rapport aux personnes migrantes qui fuient et qui cherchent la sécurité mais pour lesquelles il n'y a pas de solution.

Par ailleurs, Louise a parfois la sensation de subir le poids des attentes des professionnels du réseau qui la sollicitent. En effet, elle a l'impression qu'ils ont l'espoir que son équipe de soins mobiles apporte des solutions pour débloquer une situation qui constitue un fardeau pour l'institution. Or, Louise explique qu'elle et son équipe ne sont parfois pas plus compétentes pour prendre en charge ces situations complexes. Puisque c'est la personne qui décide de sa propre trajectoire, il peut aussi s'avérer difficile de répondre aux attentes des institutions, dans la mesure où les intervenants ne savent pas prédéfinir à eux seuls le parcours d'accompagnement.

### 5.5.3 Rapport à l'institution et au politique

Selon la politique de certaines institutions d'hébergement ou d'aide aux personnes démunies, des exclusions sont possibles en cas de débordements ou de violences. D'après Catherine, les personnes ne comprennent pas toujours en quoi elles sont responsables et pourquoi elles sont refusées. Parfois, les gens ne savent pas comment formuler leur demande ou s'y prennent maladroitement et finissent ainsi par ne pas être acceptés (Catherine). Catherine exprime qu'elle ne tolère pas cette injustice. Pour Ariane, ces règles d'exclusion posent un problème parce qu'elle est parfois amenée à suivre des personnes qui sont exclues de plusieurs centres. En leur coupant l'accès à des hospitalisations, à une source de nourriture, à l'hébergement, cela contribue à les maintenir dans une situation difficile. Ainsi, si ces individus n'ont pas la possibilité de remplir leurs besoins de base, les intervenants ne peuvent pas travailler la dimension psychologique.

Dans le service de Mathilde, les véhicules sont labellisés et les travailleurs portent un uniforme. Cela gêne parfois le public car ils peuvent avoir honte d'avoir recours à ce service ou d'être vus avec eux. Selon Mathilde, cet uniforme permet d'être reconnaissable et de faire de la publicité pour l'institution. Aussi, dans des lieux très fréquentés ou dans des grands groupes,

l'uniforme lui procure davantage d'assurance et elle se sent parfois plus en sécurité. Cependant, elle préfère marauder sans son uniforme car elle trouve cela stigmatisant. Pour elle, cette labellisation crée un déséquilibre et brise le lien horizontal avec les personnes. Elle remarque que certains bénéficiaires détestent son service et elle pense qu'avec des usagers très paranoïaques ou méfiants, il vaut mieux se départir de son uniforme.

En effet, selon Louise, il faut porter quelque chose de l'institution malgré les compétences du professionnel. D'après elle, la philosophie de travail et la politique institutionnelle impactent beaucoup le cadre. L'association dans laquelle Louise travaille s'inscrit dans le secteur de la santé mentale et non pas du côté du sans-abrisme. Elle explique que son centre bénéficie donc d'un budget plus important. Tandis que les institutions du secteur du sans-abrisme combattent le manque de places en hébergement, la stigmatisation, la reconnaissance du travail en rue, les travailleurs en santé mentale ont plus de temps et de moyens. De plus, Louise observe qu'ils ont plus de libertés et de flexibilité au niveau des horaires.

Au niveau de la philosophie de son centre, Louise raconte que le focus est mis sur la personne et non pas sur ses problématiques ou son diagnostic. Elle travaille avec ce que la personne apporte, sans suivre de plan ou de manuel. Son travail est peu structuré car il y a un rejet du système institutionnel et elle exprime qu'« *on te lâche un peu dans la fosse aux loups.* » (Louise, Annexe 14, p.194). Ce « *flou artistique* » est un défi pour Louise mais elle perçoit aussi ce cadre comme rassurant. Selon elle, les employés de son service sont considérés avec beaucoup d'humanité et elle a l'impression de pouvoir prendre le temps pour réaliser son travail.

#### 5.5.4 Épuisement professionnel

*« Si on s'épuise à la base, c'est parce qu'il y a quelque chose de tellement bon derrière. C'est l'envie de faire quelque chose de grand, quelque chose qui va changer les choses. L'envie d'avoir de l'impact. »* (François, Annexe 13, p.187).

Selon Ariane, les travailleurs du secteur du sans-abrisme finissent presque tous par s'épuiser, par perdre leur sensibilité ou deviennent rigides. Pour elle, ces emplois ont « *une date de péremption.* » (Ariane, Annexe 2, p.12). L'un de ses constats est que les intervenants de terrain sont confrontés à des violences institutionnelles qui les empêchent de « *se laisser transformer* » par les rencontres. Certains se renferment.

Dans son travail, Ariane (Annexe 3, p.26) supporte des « *traumatismes récurrents* ». En prenant du recul, elle déclare qu'elle perçoit le monde de façon « *nihiliste* » et « *un peu cynique* » (Ariane, Annexe 4, p.33). Elle explique qu'elle ne parvient pas à garder suffisamment d'optimisme et espère que d'autres réussissent à le rester.

Néanmoins, sa vie privée extérieure lui permet de tenir et la porte dans son boulot. Selon elle (Ariane, Annexe 4, p.33), il faut garder de l'énergie « *pour faire bouger les murs* », pour être une force pour les gens, même si l'on ne peut pas changer le système. Sachant que sa présence dans son service a une date limite, elle se questionne sur son avenir professionnel.

D'après Mathilde, l'institution dans laquelle elle travaille prend peu soin de ses membres car aucune intervision ou autres moyens d'expression ne sont organisés pour eux.

Mathilde (Annexe 6, p.59) raconte qu'elle effectue « *un job plein de frustrations* » car il y a beaucoup de barrières induites par des problèmes structurels et politiques. Selon elle, le réseau est saturé et l'administration freine les démarches. Les accès sont limités pour les bénéficiaires, et les travailleurs qui accompagnent sont confrontés à des murs dans le système. Mathilde estime que c'est moins frustrant lorsque c'est la personne elle-même qui met en échec l'accompagnement car elle est responsable de ses actes. Mathilde (Annexe 5, p.51) se dit que « *c'est comme ça* ». Bien que sa mission soit d'aider peu importe la finalité, l'aide est parfois impossible à fournir si la personne refuse totalement. Mathilde a conscience qu'elle doit mettre la personne au centre des décisions mais elle se questionne par rapport aux limites de cette théorie. Elle exprime la difficulté de trouver un équilibre entre écouter les bénéficiaires, ne pas projeter ses motivations sur autrui, et sa propre conscience. Parfois, elle est amenée à devoir accepter que la personne ne veuille pas d'aide ou souhaite mourir en rue.

Pour Mathilde (Annexe 5, p.52), travailler dans le social est « *un boulot sans fin* ». Les professionnels du secteur ont « *de l'impact sur les individus, mais pas sur la problématique du sans-abrisme.* » (Mathilde, Annexe 5, p.53). D'après elle, pour amorcer un réel changement au niveau du nombre de personnes en rue, il faudrait mieux informer les gens sur leurs droits et mettre en place des tremplins d'aide vers une autonomie individuelle. En effet, ce n'est pas en maintenant une dépendance chronique aux services d'aide ni en augmentant la quantité de travailleurs sociaux que la problématique sera traitée. Mathilde (Annexe 5, p.52) compare cela à une maladie : « *Si on traite les symptômes et pas la cause, il n'y a rien qui va changer et tu vas t'épuiser.* »

Bien que du découragement puisse être ressenti, Mathilde (Annexe 6, p.64) explique qu'il « *serait dommage que les problèmes structurels fassent effet boule de neige* » et impactent la motivation des travailleurs. De plus, elle souhaite éviter que le public n'en subisse les conséquences. Pour rester motivée, Mathilde préconise de se focaliser sur le court terme, sur les suivis qui se passent bien. Dans la philosophie de Mathilde (Annexe 5, p.53), « *il vaut mieux être actif que passif* » en œuvrant pour une cause.

Bien que Mathilde ait le sentiment de réaliser un travail en accord avec ses valeurs, elle ne pense pas continuer à travailler en maraude toute sa vie. Dans cinq ans, elle espère « *passer le relais à d'autres jeunes motivés* » (Mathilde, Annexe 6, p.65).

Selon Catherine, tout le monde n'est pas fait pour travailler avec tous les publics. Dans le domaine de la précarité, le quotidien est éprouvant et ce n'est pas simple de tenir sur le long terme. En effet, Catherine observe un taux conséquent de renouvellement du personnel et de burnouts dans ce milieu. Pour elle, il est important d'être bien entouré, d'avoir des moments pour se ressourcer et de faire des activités plaisantes pour être préparé à « *prendre la misère des gens en pleine figure tous les jours* » (Catherine, Annexe 10, p.131). Catherine aménage son quotidien d'une façon où elle tente de trouver un équilibre entre son travail, sa vie privée, ses limites, des supervisions et prendre soin d'elle-même avant de prendre soin des autres sans culpabiliser.

Pour Catherine, il faut mettre des limites et penser à se protéger pour pouvoir bien réaliser son travail. Souvent, elle a le sentiment que son entourage doit la freiner car sa sensibilité pour certaines causes sociales la pousse à s'engager activement. Catherine (Annexe 8, p.96) rapporte qu'elle est « *intolérante à l'injustice* ». Par conséquent, elle cite la guerre en Ukraine, les conditions de détention des prisonniers et l'accueil des migrants comme étant des problématiques auxquelles elle aurait envie de réagir. L'une de ses collègues lui a un jour dit : « *Toi, tu es une psy tout terrain.* » (Catherine, Annexe 10, p.132). Cependant, elle a conscience qu'elle ne peut pas tout faire. De plus, Catherine et François attirent l'attention sur le fait qu'une attitude de sauveur peut être dangereuse. Catherine considère que son rôle est d'être présente, d'être là pour épauler les bénéficiaires, mais pas de les sauver. Pour François (Annexe 13, p.179), « *travailler avec la souffrance de manière générale c'est essayer de ne pas s'y perdre.* »

Catherine essaie d'envisager le sentiment d'impuissance qui la traverse parfois comme une opportunité de mettre en place des changements, des nouveaux savoirs et savoir-faire

professionnels. Pour elle, le but est de débloquer les situations, d'évoluer, plutôt que de rester coincée dans une impasse.

Durant la période de confinement due au covid, rien n'était prévu pour les sans-abri donc Catherine n'a pas pris ses congés pour pouvoir être présente. De son côté, François rapporte qu'il est toujours le dernier à prendre ses congés. Depuis que François travaille dans son service (un an et demi), il a déjà ressenti une fatigue. En un an, il a déménagé deux fois et n'a pas pris de congés à ces moments-là donc il était exténué. Il dit : « *Il y a des jours où je ne prends pas bien soin de moi, où j'ai un peu de mal à me préserver.* » (François, Annexe 13, p.186). Catherine exprime aussi le fait que son travail la passionne et qu'aller en rue lui permet de se ressourcer mais que, d'un autre côté, c'est très énergivore.

Récemment, Catherine suit des supervisions individuelles régulières car les décès d'usagers sont fréquents et ce sont des événements difficiles et lourds à porter, surtout lorsque l'investissement relationnel est fort. Pour elle, ce n'est pas facile à « *encaisser* » (Catherine, Annexe 8, p.91). Elle fait part de son souhait d'« *être présente avec eux jusqu'à la fin et être présente aussi pour les compagnons de route.* » (Catherine, Annexe 8, p.91). Ainsi, c'est une manière pour elle de les faire exister, de leur rendre hommage, de leur donner une visibilité. Catherine insiste sur le fait qu'il ne faut pas attendre que ces opportunités d'encadrement soient organisées de manière institutionnelle. Parfois, des éléments font écho avec l'histoire personnelle du travailleur et disposer d'un espace individuel pour déposer son vécu est intéressant. Entre janvier et février, Catherine a connu cinq décès parmi ses bénéficiaires et elle a ressenti le besoin de décharger cela pour continuer à avancer.

Depuis peu, Catherine a diminué son temps de travail en rue à un mi-temps. Elle se rend compte que cela lui « *fait du bien physiquement et psychiquement* » car son « *corps n'accepte plus les mêmes choses* » qu'avant (Catherine, Annexe 10, p.128).

Pour éviter de s'épuiser, François essaie de clarifier ses missions, de se recentrer et de baliser en mettant chaque aspect de son travail à sa place. Aussi, il freine les demandes, sélectionne les sollicitations du réseau et dose la charge dans sa vie personnelle pour éviter de se disperser. Il restreint le nombre de consultations à trois par jour, étalées sur une demi-journée. Ce qui l'aide beaucoup est de diversifier son boulot, d'éviter de faire trop de déplacements, d'être réaliste et d'avoir conscience des limites de ses capacités. Par ailleurs, François estime qu'avoir des collègues sur qui l'on peut compter, à qui il est possible de confier ses frustrations, avec

qui l'on peut discuter et qui ont également conscience des problématiques institutionnelles autour d'eux est un support considérable.

Selon François, l'épuisement professionnel survient chez ceux qui ont de l'ambition, une envie de construire, des rêves et des projets, tout en étant confrontés à des obstacles structurels, financiers et humains. D'après lui, les travailleurs sujets à l'épuisement sont ceux qui ont envie d'exister à travers leurs actions. François (Annexe 13, p.187) dit : « *Mon boulot c'est mon identité. J'existe à travers les projets que j'ai injectés.* » Parfois aussi, la fatigue peut prendre sa source au sein d'une toxicité dans l'équipe ou dans l'institution.

Par rapport à la souffrance des usagers, Louise (Annexe 15, p.212) explique qu'« *il y a quelque chose qui commence un peu à devenir de la banalité.* » Bien qu'elle ressente de l'empathie pour autrui, elle a l'impression de ne pas être très affectée par leur détresse. Elle raconte éprouver des difficultés « *à intégrer cette souffrance* », à la considérer comme telle et à ressentir de la tristesse pour l'autre (Louise, Annexe 15, p.211). D'ailleurs, elle rapporte également être peu connectée à sa propre souffrance. Lorsqu'il y a des décès dans sa famille, elle perçoit ces événements comme des faits normaux et habituels. Louise pense qu'elle se protège beaucoup contre ses émotions.

Dans les trois premiers mois qui ont suivi son engagement dans son job, Louise déversait les récits de son vécu professionnel à son compagnon. Néanmoins, elle a été amenée à devoir s'adapter, à établir un meilleur équilibre et à trouver un exutoire ailleurs. Maintenant, Louise partage davantage ses ressentis à ses collègues ou aux autres travailleurs du réseau qui se montrent présents et accueillants. Elle a conscience qu'elle travaille avec un public précaire et rempli de souffrances, c'est pourquoi elle cherche à exprimer les difficultés émotionnelles qu'elle éprouve. Pour elle, les outils théoriques, les interventions, le soutien des collègues et les réunions d'équipe sont importants pour discuter d'inquiétudes, pour aborder des thématiques cliniques et pour remettre en question sa posture professionnelle. De plus, les formations qu'elle suit et les patients qu'elle rencontre lui permettent de mieux s'armer pour le métier.

Quand elle ressent un trop plein, Louise se sent à l'aise de communiquer à sa direction qu'elle a besoin de prendre du temps pour se reposer ou pour se former. Puisqu'elle travaille quatre jours par semaine, Louise peut faire une pause plus conséquente. En outre, même si Louise éteint son téléphone en rentrant le soir, elle sent que le boulot lui reste en tête. Elle commence à se rendre compte que, même en vacances, elle ne se détache pas toujours facilement de son travail. Néanmoins, distinguer sa vie personnelle de son métier lui semble essentiel. À cela,

Mathilde (Annexe 5, p.50) ajoute qu'il s'agit d'un « *jeu d'équilibre* » et qu'il faut parfois pouvoir « *couper le cordon* » pour éviter de se laisser déborder par la situation.

## 5.6 BESOINS ET RESSOURCES DES INTERVENANTS

Dans cette partie, nous soulignons certains besoins et ressources que les intervenants ont mentionnées. Tout d'abord, les professionnels décrivent ce qui constitue une ressource dans leurs acquis et leur philosophie de travail. Les trois derniers points concernent 1) les supervisions, les interventions, les formations, 2) l'équipe et 3) le travail en réseau. Ces rubriques transmettent en quoi ces composantes du travail dans le domaine de la précarité sont indispensables et constituent, lorsqu'elles sont efficaces, une force pour les acteurs de terrain.

### 5.6.1 Atouts personnels

Pour Catherine, l'expérience qu'elle a acquise est une ressource. L'envie d'aider le public, de se renseigner, de réfléchir à des solutions et de débloquer une problématique sont les principaux moteurs de son travail. Catherine essaie de ne pas se reposer sur ses acquis et d'essayer des choses nouvelles en vue de rendre les gens acteurs dans une logique de co-construction.

François a tendance à se poser beaucoup de questions et il considère que c'est un moteur dans son travail. Il essaie de ne pas prendre les choses pour acquises et de se positionner différemment afin de tester ce qui pourrait fonctionner. Selon François, avant de faire des formations, lire et se renseigner, il faut abandonner l'idée d'avoir une position haute. Dans ce secteur, il est important d'être ouvert à tout et d'apprendre de tout le monde. Par ailleurs, François a besoin d'être valorisé dans son travail.

Dans sa vie privée comme dans son travail, François se base beaucoup sur son intuition pour savoir s'il va dans la bonne direction. Il n'apprécie pas la « *rationalisation des choses à outrance.* » (François, Annexe 12, p.167). D'après lui, « *il ne faut pas devenir un robot* » (François, Annexe 12, p.167). Lors de ses entretiens, il n'a pas de méthode précise et dit qu'il fait du non-directif. Cela lui permet de garder sa liberté et offre la possibilité aux patients d'investir le cadre comme ils le souhaitent. De plus, il pense qu'orienter de trop l'entretien risquerait de balayer la demande ou de passer à côté du problème que le bénéficiaire veut amener. Bien que François se fie à son ressenti, il recueille souvent le feedback des usagers après un rendez-vous. Les retours positifs des personnes le confortent dans l'idée qu'il peut continuer dans ce sens.

### 5.6.2 Les supervisions, interventions, formations

Selon Catherine, les supervisions, les réunions d'équipe et les rencontres avec d'autres professionnels sont essentielles car elles apportent une richesse aux travailleurs du réseau. De plus, les supervisions confèrent un cadre de sécurité aux équipes pour faire face à la détresse quotidienne des bénéficiaires.

Mathilde aimerait que davantage de formations et de supervisions cliniques régulières lui soient proposées par l'institution. Elle et ses collègues pourraient ainsi bénéficier de moments de réflexion, de répit. De plus, l'acquisition d'outils lui permettrait de se sentir plus légitime dans son travail et d'avoir plus confiance en son potentiel.

### 5.6.3 L'équipe

Par rapport à la gestion et la consolidation de son équipe, certains questionnements animent Ariane (Annexe 2, p.11) : « *Qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qu'on peut faire ? Qu'est-ce qu'on devrait faire ? C'est quoi nos bases, nos valeurs ?* ». Selon Ariane, l'équipe est un outil pour construire le cadre. L'idée est de travailler en amont pour renforcer la dynamique, tout en étant souple et flexible sur le terrain avec les usagers. Ses collègues lui apportent un sentiment de sécurité lorsqu'elle est en mobilité. Dans la pratique, Ariane mentionne que les travailleurs vont viser une posture horizontale, faire appel à leurs ressentis plutôt qu'à leurs disciplines et se remettre en question. Ils ont également besoin de pouvoir compter sur leurs collègues et d'entretenir une confiance mutuelle pour pouvoir évoluer dans ce contexte mobile.

De son côté, Louise affirme que la coordination octroie beaucoup de confiance aux travailleurs et la dynamique d'équipe est très encourageante. Par ailleurs, elle travaille en binôme avec son collègue polonais. Puisqu'il parle néerlandais, ils communiquent en anglais. Pour Louise, c'est parfois compliqué de collaborer avec lui à cause de la barrière de la langue et de la différence culturelle. En effet, pendant ses études, Louise côtoyait peu de personnes qui avaient une origine ethnique différente de la sienne. Par ailleurs, en milieu académique les travaux à réaliser pouvaient se faire de manière plus individualisée tandis qu'ici Louise doit pouvoir coopérer et dialoguer.

Mathilde souligne l'importance d'avoir une équipe soutenante, ainsi que des réunions d'équipe pour débriefer ensemble et discuter autour de situations compliquées. En prenant du recul, les travailleurs disposent ainsi d'une plus grande marge de manœuvre et la confiance entre collègues est meilleure. Pour elle, le boulot de maraudeur ou de travailleur de rue s'apprend

principalement par mimétisme mais chaque professionnel est différent et a sa sensibilité. Il faut donc observer comment s'y prennent les autres et s'approprier le travail.

Durant sa période de chômage, François lisait beaucoup afin d'emmagasiner des connaissances théoriques et ainsi se préparer à des entretiens d'embauche. François a le sentiment d'avoir été engagé par son chef en vue d'apporter une vision nouvelle, du changement et des notions théoriques. Aussi, il pense que son intégration dans l'équipe a été facilitée par le fait qu'il est un homme et que ses collègues sont des femmes.

Selon François, l'équipe permet de ne pas être seul face à une situation critique où il faut recadrer un usager. De plus, elle constitue un espace où les travailleurs peuvent partager leurs ressentis et prendre de la distance ensemble. Son équipe est composée de trois psychologues et ils font de la co-intervention avec des travailleurs sociaux, dont des éducateurs de rue. D'après François, les éducateurs et les psychologues s'apportent mutuellement des compétences et connaissances qui sont propres à la spécificité de leur travail. Avec ses collègues, François (Annexe 13, p.175) considère qu'ils fonctionnent « *un peu comme un carrefour* ». « *Dans l'idée d'aller plus loin dans la mobilité des soins de santé mentale* » (François, Annexe 11, p.150), ils doivent « *accrocher le bas seuil mais pas le maintenir à long terme.* » (François, Annexe 13, p.175). L'idée est ensuite de relayer les personnes vers le réseau.

Au sein de son service, François et ses collègues psychologues ont pour mission de fournir des informations en santé mentale aux autres intervenants psycho-sociaux. L'idée est de soutenir leurs collègues sans prendre une position de hauteur et en restant cohérents avec leur rôle.

#### 5.6.4 Travail en réseau

Selon Mathilde, il est crucial de travailler en réseau dans un contexte d'urgence sociale. Ainsi, les travailleurs peuvent orienter les personnes vers d'autres associations qui pourront dégager plus de temps et de ressources (financières et humaines) pour la prise en charge. Selon Mathilde (Annexe 5, p.43), il ne faut « *pas prétendre avoir toutes les cartes en main* » et au contraire pouvoir collaborer.

Chez François, l'équipe n'a pas d'autre choix que de relayer les suivis puisqu'ils sont peu nombreux. Parfois, le relais ne fonctionne pas ou se fait après un accompagnement relativement long. François explique qu'il doit s'assurer que le patient soit prêt et ait besoin de se rendre dans un service entre quatre murs pour entamer un travail psychothérapeutique spécialisé.

Puisque Louise et son collègue ne parlent pas la même langue, ils ont peu la possibilité de s'échanger des suivis avec lesquels ils éprouvent des difficultés. Dans ces cas-là, le recours au réseau peut être confortable pour Louise, dans la mesure où il permet de compléter le manque de ressources au sein d'un même établissement. Lors des formations en santé mentale organisées par son service, Louise a l'occasion de créer du lien et d'enrichir son réseau personnel. Ainsi, elle découvre autrement les travailleurs qu'elle côtoie dans le cadre d'accompagnements de sans-abri.

Catherine a observé que les autres équipes de rue ne savaient pas bien où orienter leurs usagers présentant une problématique psychologique à prendre en charge. Ainsi, en faisant des consultations, Catherine peut prendre le relais et être une personne ressource sur laquelle les bénéficiaires et professionnels peuvent compter. Dans l'accompagnement, Catherine (Annexe 9, p.113) et François (Annexe 11, p.148) expriment être une sorte de « *fil rouge* » parce qu'ils sont présents à différents moments du parcours des patients.

Catherine insiste sur l'importance d'un réseau de travailleurs compétents et explique que, lorsqu'elle tisse des liens avec des collègues extérieurs, elle peut ensuite les recommander à ses usagers. Pour l'utilisateur, ces liens dans le réseau lui permettent aussi d'être plus autonome dans ses démarches puisqu'il se sent davantage en sécurité. Selon Catherine, la création de liens avec le réseau permet de pouvoir se reposer sur les autres, se coordonner, collaborer plus facilement et également échanger autour de situations problématiques. De plus, les supervisions et les réunions avec d'autres équipes mobiles de rue aident à prendre du recul sur sa pratique et apportent un point de vue extérieur.

Dans des situations où des jeunes se retrouvent à la rue, Catherine se rend compte à quel point les collaborations peuvent être efficaces. En effet, Catherine explique que ce public spécifique est généralement difficilement atteignable car les jeunes sont dans une sorte d'euphorie de la liberté et ne souhaitent plus dépendre de personne. Ainsi, certains services d'aide à la jeunesse la contactent pour lui signaler l'arrivée du jeune en rue et le relais peut se faire. L'objectif est d'agir en prévention, d'aller vers la personne dès le départ pour lui permettre de rebondir avant que de mauvaises habitudes ne s'installent en vivant en rue.

## 5.7 DÉCONSTRUCTION DE LA REPRÉSENTATION DU PSYCHOLOGUE

Dans cette partie, les intervenants racontent comment leur représentation du psychologue a évolué au contact de certains publics, de certains environnements de travail et selon le vécu personnel de chacun. L'idée qu'ils se faisaient du travail de psychologue s'est transformée au fil du temps et avec l'expérience.

Trois thématiques principales ont pu être dégagées de leurs propos. De façon plus générale, leurs perceptions du psychologue passent par un processus de démystification. Dans un second point, leurs rapports personnels aux discours scientifiques et aux savoirs théoriques sont repris. Au sein du dernier sous-point intitulé « Le psy marginal », nous exposons la vision du psychologue que François a exprimée.

### 5.7.1 Un processus de démystification

Pour commencer, Catherine et François évaluent tous deux les emplois dans le secteur de la précarité comme étant précaires. En effet, comme l'explique Catherine, ces postes ne sont pas subsidiés sur du long terme. François déclare que les travailleurs font donc face à une incertitude par rapport au fait qu'ils vont pouvoir rester ou non.

Le récit d'Ariane met en exergue sa prise de position critique par rapport au statut de psychologue. En effet, après avoir été immergée dans le monde psychiatrique en tant que bénéficiaire, son regard a changé drastiquement. Elle explique que la limite entre elle « *et l'autre, l'autre fou, n'était plus là.* » (Ariane, Annexe 2, p.8). « *J'étais l'autre* », dit-elle (Ariane, Annexe 2, p.8). Depuis cette expérience personnelle, sa vision du psychologue et du savoir scientifique a commencé à se déconstruire.

Actuellement, Ariane considère davantage le statut de psychologue comme une limite qui freine la pensée et les rencontres. Elle sent que ses expériences vécues et le travail de déconstruction qu'elle a effectués l'ont menée ailleurs. Elle s'est affranchie de son statut de psychologue et pense, d'ailleurs, être peut-être même un peu trop du côté du versant opposé. Elle se situe dans une optique de savoir expérientiel, dans une logique empirique. Selon elle, la personne est experte de son parcours.

Catherine rapporte que, dans son premier travail en prison, elle circulait beaucoup dans l'aile et la plupart des échanges se déroulaient dans l'informel. Ainsi, elle s'est rendu compte qu'elle réalisait un travail de démystification puisque les gens constataient qu'elle était quelqu'un

d'abordable. Le mythe autour du psy se déconstruisait peu à peu auprès du public et certains formulaient même une demande de consultation.

Selon Catherine, les personnes avec lesquelles elle travaille ont souvent une vision stéréotypée du psychologue et la démarche d'aller en consultation est compliquée. Pour eux, le psy est quelqu'un qui va les analyser. Parfois, ils ont un mauvais souvenir de leurs expériences passées, ont subi un parcours compliqué en institution, ou alors ils n'en ont jamais côtoyé et pensent que le psy s'adresse aux fous. Néanmoins, elle observe que de plus en plus de bénéficiaires sont demandeurs d'un suivi psychologique.

Catherine (Annexe 8, p.87) opère alors un « *travail de démystification et de dédramatisation du psychologue* ». Tout d'abord, elle essaie de créer un lien, de créer de l'espace pour la rencontre. Une fois que la relation est établie, il est plus aisé d'amener la personne à exprimer ses problèmes avec ses mots ou son langage.

Pour Catherine, le psychologue en rue doit pouvoir s'adapter, apprendre sur le tas en procédant par essais et erreurs, sortir des sentiers battus et se départir de ce qu'il a appris à l'université. Aussi, il s'agit de bien connaître le public et son langage pour pouvoir créer des accroches avec les gens. Selon Catherine, il est important d'être à l'aise dans ce que l'on propose et de pouvoir travailler avec sa propre spécificité. Ce travail se distingue d'un boulot traditionnel de psychologue et nécessite un investissement personnel considérable.

### 5.7.2 Rapport au discours scientifique et à la théorie

En Angleterre, Ariane a pu découvrir une approche de la psychologie et de la psychiatrie orientée vers les thérapies cognitivo-comportementales, abordant les notions de symptôme et de diagnostic. Elle a appris qu'il fallait changer les comportements et les pensées automatiques négatives, dans l'idée de « *devenir un citoyen comme les autres.* » (Ariane, Annexe 2, p.7).

Depuis qu'elle a vécu le suicide de l'une de ses patientes et qu'elle s'est retrouvée personnellement confrontée au système psychiatrique en tant que bénéficiaire, sa perspective a changé par rapport à la théorie. Elle en a déduit que la science ne fonctionnait pas telle qu'on la lui avait enseignée. Pour elle, il s'agit de « *savoirs psychiatriques ou psychologisants qui filtrent la personne* » à travers des étiquettes diagnostiques (Ariane, Annexe 2, p.7).

Le rapport qu'entretient actuellement Catherine à la théorie est un peu différent. Elle estime qu'il existe des ouvrages intéressants, qui permettent de répondre à certaines questions ou de se sentir moins isolée en tant que praticienne de terrain. Elle ajoute que, même s'il faut savoir

prendre distance, les théories sont parfois rassurantes. Pourtant, elle se rend compte que la littérature du secteur de la précarité peut être moins importante qu'ailleurs et c'est pourquoi ils font habituellement des recoupements avec d'autres approches.

Durant ses stages, ce qui animait François était la curiosité intellectuelle. Il aimait lire des auteurs de psychanalyse parce que le jargon était riche et que l'accent était mis sur les diagnostics. Pour lui, il y avait une dimension ludique dans l'identification et l'analyse des troubles.

Désormais, lorsqu'il se rend à des réunions ou des formations et qu'il entend des spécialistes s'exprimer, François prend conscience que cela l'agace. Il réfléchit comme eux, comprend leur discours complexe et leurs concepts théoriques mais il se demande pourquoi ils ne simplifient pas leurs propos. Il imagine que l'intention est de rester le plus neutre possible, d'éviter la stigmatisation et d'augmenter la précision, mais il remarque que cela coûte de l'énergie à tous les interlocuteurs et peut ralentir la réflexion.

Néanmoins, François pense que théorie et pratique sont complémentaires. La théorie lui semble bénéfique car elle lui permet de prendre de la distance par rapport au terrain, mais il ne faut pas qu'elle s'éloigne trop de la réalité du travail. Sinon, cela fait perdre « *l'essentiel, le côté humain* » et « *ça devient quelque chose de fort aseptisé* » (François, Annexe 13, p.174). Il pense qu'en rationalisant de trop, l'intuition se perd.

Pour François, le discours académique contraste avec le boulot qu'il fait au quotidien. Il remarque que fréquenter le public de rue l'ouvre « *à un monde très authentique, très vrai, très trash, très humain aussi* », tandis que dans les formations il y voit des cas d'école (François, Annexe 12, p.168). Aussi, il conçoit une discussion comme étant un espace « *où l'autre te reprend sur tes erreurs.* » (François, Annexe 13, p.174). Selon François (Annexe 13, p.174), le rôle des experts n'est pas de fournir des informations « *parfaites et indiscutables, avec l'illusion d'une vérité toute faite* ».

### 5.7.3 Le psy marginal

Dans plusieurs aspects de sa vie, François s'est aperçu qu'il avait tendance à adopter une position de soin, de réparateur, de support, de second plan, qui est là pour soutenir l'autre. Lors de réunions, il ne se prononce pas tant que tout va bien mais s'il détecte un conflit, une incohérence ou des avis divergents, il se positionne comme médiateur. Dans les jeux de rôle, les jeux de société ou les jeux vidéo, il est souvent le médecin.

François considère que les personnes avec lesquelles il travaille sont comme lui parce qu'elles ont aussi été rejetées et ont besoin d'aide. Cette marginalité est le point commun qui lui permet d'éprouver de l'empathie pour elles. Toutefois, il précise qu'il faut être bien conscient de la différence entre lui et eux pour pouvoir effectuer son travail correctement. Pendant que lui a trouvé les clés pour tenir le coup tout en restant en marge, eux sont tombés dans la précarité.

En ce sens, François (Annexe 11, p.148) explique que les psychologues sont des « *marginiaux de la société* » et ont besoin de liberté. Bien que les psys fassent partie de « *cette société qui formate* » (François, Annexe 12, p.163), ils s'écartent du train-train quotidien « *méto-boulot-dodo* » (François, Annexe 12, p.162). La raison pour laquelle François a choisi ce boulot est qu'il souhaitait aider les gens à trouver les clés pour s'en sortir. Il pense qu'il ne se serait pas contenté d'un emploi avec un résultat matériel. Il cherche à « *ressentir le lien* », à penser (François, Annexe 11, p.149). C'est là que François trouve le sens de son travail.

Néanmoins, cette marginalité du psychologue ne paraît pas généralisable à tous les psys, selon François. Il pense qu'il existe « *des psys normalisant, normatifs... qui rentrent dans le moule* » et qui n'ont peut-être jamais été exclus (François, Annexe 12, p.164). Pour illustrer cela, il revient à son expérience en défense sociale. L'objectif était de réintégrer les personnes à la société, les stabiliser et de les enfermer « *dans une prison qui soigne* » (François, Annexe 12, p.164). François (Annexe 12, p.164) explique que le professionnel doit « *être le soldat du normal dans la défense sociale.* »

## 5.8 MÉTARÉFLEXIONS ET PERSPECTIVES DES INTERVENANTS RENCONTRÉS

Dans cette dernière partie de l'analyse thématique et transversale, des éléments métaréflexifs élaborés par les intervenants sont mis en avant dans chacun des récits. Par le biais de certaines questions posées durant les entretiens, les psychologues ont été invités à prendre du recul sur leur parcours et leur pratique. Cette section a pour but de mettre spécifiquement en évidence l'interaction entre l'identité professionnelle et la trajectoire personnelle des psychologues rencontrés.

Dans un premier point, nous faisons ressortir les éléments de réponse à l'une des questions posées durant les rencontres : si vous pouviez vous adresser à votre « moi » du passé, quand vous veniez de sortir des études, qu'aimeriez-vous vous dire ? Ensuite, des questionnements et réflexions personnelles sont rassemblés. En troisième lieu, nous relatons la manière dont les intervenants comprennent et analysent leur trajectoire. Dans une quatrième partie, les projets

futurs des intervenants sont exposés. Enfin, la façon dont ils ont vécu cette expérience de récit de vie professionnelle est partagée.

### 5.8.1 Que dire à son « moi » du passé ?

Si Louise (Annexe 16, p.226) pouvait s'adresser à celle qu'elle était plusieurs années auparavant, elle dirait à son « moi » de ne pas se sentir coupable par rapport à son parcours « *et de ne pas écouter les vieux hommes blancs qui pensent savoir mieux que tout le monde ce qu'il faut faire dans la vie.* »

De son côté, Mathilde (Annexe 7, p.78) lui dirait d'être patiente car « *chaque chose arrive en son temps.* » Aussi, elle lui conseillerait de profiter, de ne pas vouloir faire les choses trop rapidement et d'être plus ouverte d'esprit par rapport à la vision du travail de psychologue.

Ariane reconnaît que son parcours est tel qu'il est et que son cheminement l'a menée à devenir celle qu'elle est aujourd'hui. Elle a conscience que certaines de ses certitudes ont été violemment déconstruites. Elle souhaiterait communiquer plusieurs éléments à son « moi » du passé. Tout d'abord, elle lui dirait d'« *avoir confiance dans le processus des choses* » et de ne pas vouloir tout contrôler dans son parcours (Ariane, Annexe 4, p.31). Ensuite, elle lui expliquerait que les rencontres avec les gens, les textes, les images, nous transforment. Ainsi, elle pense qu'il faut pouvoir relâcher la bride afin de permettre la rencontre et faire soin, mais sans se laisser envahir. Elle indiquerait également que les défenses sont là pour nous protéger. Finalement, elle déclarerait que la relation est au centre et c'est pourquoi il lui semble important de s'impliquer, d'être engagé et acteur dans la relation.

Pour sa part, Catherine (Annexe 10, p.126) aurait « *tendance à être sympathique* » avec son « moi » antérieur parce qu'elle s'estime déjà « *assez dure et critique* » envers elle-même. Elle mentionnerait le fait « *que rien ne se fait par hasard* », en faisant référence à son attrait pour ce type de publics particuliers (Catherine, Annexe 10, p.126). Elle lui recommanderait également de se faire confiance, d'avoir confiance en ses intuitions.

Même si Catherine lui conseillerait de lire des articles et de consulter des ouvrages, elle ajouterait que ce travail nécessite d'assouplir ses références, de s'adapter à chacun et de ne pas se limiter à la théorie. Elle pense qu'un psychologue qui débute aura tendance à vouloir être rassuré et donc à se raccrocher à ce qu'il a vu dans ses cours universitaires. Or, Catherine (Annexe 10, p.126) aimerait dire à son « moi » du passé que travailler avec l'humain implique de se laisser enseigner par les bénéficiaires, d'apprendre des autres, car « *c'est aussi ça qui*

*aide à construire sa pratique.* » Aussi, elle ajouterait de ne pas hésiter à se faire aider d'autres professionnels ou « *en tout cas à profiter de l'expériences des autres* » (Catherine, Annexe 10, p.126).

De plus, Catherine (Annexe 10, p.132) informerait sur le fait qu'elle doit se « *mettre des limites* » pour éviter de s'épuiser. Elle dirait : « *Contente-toi de faire une ou deux choses mais à fond et tu seras vraiment au top. Laisse le reste aux autres.* » (Catherine, Annexe 10, p.132).

En songeant à ses expériences professionnelles passées au sein d'institutions avec des dynamiques toxiques, François (Annexe 13, p.180) indique qu'il n'a « *jamais aimé les gros systèmes, les hiérarchies.* » Il communiquerait à son « moi » du passé de se faire confiance et d'être patient. « *Tu vas trouver ta place* » (François, Annexe 13, p.182). Parfois, François (Annexe 13, p.182). pense que les gens souffrent « *à cause d'une forme d'égoïsme* », dans le sens où ils pensent être au centre des problématiques. Ainsi, il se dirait également :

*« Ne pense pas que c'est de ta faute. Ne pense pas que ce n'est que de ta faute et que tu es l'unique responsable. Les échecs que tu vas vivre, ne les attribue pas que à ton incompetence. Tu es quelqu'un de normal. Tu es quelqu'un de bien. Tu es quelqu'un d'intelligent qui vaut quelque chose. Ta vraie valeur tu vas l'apprendre au fil du temps. Tu vas la découvrir. Et puis, tu vas l'utiliser à bon escient. Tu seras de moins en moins touché par les mauvaises critiques des autres, qu'ils soient égaux à toi ou supérieurs. Ne laisse pas le statut d'autorité donner une crédibilité absolue à la critique. Ce n'est pas parce qu'un chef te dit que tu es un incompetent que tu es un incompetent. C'est juste que tu ne conviens pas à l'endroit. Tu n'es pas la bonne pièce de lego dans la construction à ce moment-là. »* (François, Annexe 13, pp.181-182).

### 5.8.2 Questionnements et réflexions personnelles

Durant les rencontres, Ariane avait parfois l'impression et la crainte de se répéter. Alors, elle se demandait si elle était parvenue à un stade où elle aurait tout déconstruit. Or, son souhait est d'évoluer et de progresser continuellement.

Au sein des services d'aide aux sans-abri, Mathilde (Annexe 5, p.47) se sent comme dans un « *terrain de jeu* ». Elle apprend beaucoup et le terrain lui renvoie des questionnements qu'elle aimerait approfondir. Par rapport au fonctionnement de l'institution dans laquelle elle travaille, Mathilde se pose certaines questions. En effet, elle constate que son service et le réseau sont saturés car ils manquent de moyens humains et financiers pour répondre aux demandes. Il y a

un système de liste d'attente mis en place pour les hébergements et cela l'amène à se demander : à qui donner la priorité ? Qu'en est-il de la gestion des appels téléphoniques ? Quand faut-il faire des exceptions ? Selon Mathilde, ce mode de fonctionnement au cas par cas induit des injustices.

Louise se pose notamment des questions concernant la légitimité des interventions qu'elle effectue auprès du public. Ainsi, elle se demande si intervenir auprès de personnes qui n'en ont pas fait la demande est sensé et si un accompagnement est possible. Elle observe que la motivation du patient est très importante dans le suivi. Louise se questionne sur la façon d'aborder la non-demande et sur la manière de gérer, selon le protocole, les demandes d'intervention reçues des professionnels du secteur.

Dans les récits de Louise et Mathilde, toutes deux évoquent avoir le « *syndrome de l'imposteur* ». Puisqu'elles n'ont pas fait d'études de psychologie clinique, elles rapportent ne pas toujours se sentir en adéquation avec ce pour quoi elles ont été mandatées dans leur travail. Louise explique que cette impression de devoir prouver qu'elle allait y arriver était surtout présente au début de son engagement mais que cela s'est atténué par la suite grâce à l'ambiance agréable de son service. Pour Mathilde (Annexe 5, p.46), ce sentiment provient notamment du fait qu'elle considère que son boulot « *touche à tout* ». Bien qu'elle connaisse plein de notions, cela est frustrant pour elle de ne pas « *être plus calée dans un domaine.* » (Mathilde, Annexe 5, p.47). Aussi, elle se compare à ses collègues qui seraient plus précis qu'elle dans leur prise de notes. Mathilde (Annexe 7, p.74) apprend beaucoup « *sur le tas* », pose beaucoup de questions à ses collègues et a la sensation de ne pas être très théorique. Elle songe parfois à aller relire certaines bases.

De son côté, Catherine (Annexe 10, p.123) s'interroge sur la mise en place de moyens « *pour venir en aide aux personnes qui vivent en rue avec une lourde pathologie mentale.* » Pourtant, elle est « *convaincue que le lien est la base de tout travail, de tout suivi avec une personne* » (Catherine, Annexe 10, p.123). Les sans-abri lui disent aussi que le plus important pour eux est de se sentir exister.

Par ailleurs, Catherine se demande si elle aura accès aux conclusions de ce mémoire car elle souhaiterait profiter de l'expérience d'autres psychologues. Elle se dit que les psychologues travaillent sans doute différemment dans un bureau ou en allant au contact des gens en rue. Catherine s'intéresse à la façon dont divers cadres de travail peuvent être mis en place.

Par rapport à sa façon de travailler, Catherine (Annexe 10, p.121) se demande comment parvenir à aider au mieux les personnes : « *Ma façon de travailler est-elle efficace pour aider les personnes à trouver ou à retrouver le respect d'elles-mêmes et à progresser en autonomie ?* », « *Est-ce que ce que je fais est adapté ?* ». Parmi ses collègues, beaucoup sont admiratifs de son travail et le lui communiquent. Mais par moments, Catherine (Annexe 10, p.121) craint « *de faire pire que bien* » parce qu'elle bricole et tente des choses par essais et erreurs. Cependant, elle n'a « *pas l'impression d'être complètement à côté de la plaque* » parce que les retours qu'elle reçoit des bénéficiaires lui permettent de constater que l'accroche et le lien sont là (Catherine, Annexe 10, p.121).

Ensuite, François se questionne par rapport aux limites de l'accompagnement des personnes. Il se demande jusque quand faut-il accompagner « *et quelles sont les limites de l'entretien lui-même* » (François, Annexe 13, p.175). Par ailleurs, il se demande si structurer davantage ses entretiens ne serait pas préférable. Il imagine que faire un retour au bénéficiaire, résumer ce qui a été dit durant la séance et faire du renforcement positif pourrait être approprié. Il entrevoit aussi la possibilité de faire plus l'effort de se mettre à la place de la personne qui va retourner en rue après le rendez-vous. Ainsi, il pourrait concevoir une meilleure manière de clôturer la rencontre.

Par rapport à la démarche du récit de vie professionnelle, François a éprouvé quelques difficultés à choisir deux situations marquantes à raconter. Cette suggestion de notre part a suscité chez lui des remises en question :

« *C'est quoi un patient qui marque ? C'est un patient qui te pose des questions sur ton positionnement ? C'est un patient qui te fait vibrer dans ton travail dans le sens où tu te dis que tu as été utile ? Dans le sens où j'ai fait une bonne co-intervention avec un collègue ?* » (François, Annexe 12, p.155).

Pour terminer, François est curieux de savoir quels seront les points communs et les informations centrales qui ressortiront de ce travail entre les différents témoignages. Il se demande quelles sont les similitudes entre les psychologues de rue, ce qui les distancie de l'académique et ce qui crée leur « *identité de rue* » (François, Annexe 13, p.173). François (Annexe 13, p.174) se dit que ce métier le forge d'une certaine manière et le « *rend plus vrai, plus authentique, plus simple, plus brut.* » Cela l'amène à se questionner sur le type de psychologue qu'il est devenu et sur la façon dont il accompagne ses patients.

### 5.8.3 Regard porté sur sa trajectoire professionnelle

Lorsque Mathilde considère son parcours professionnel, elle se dit qu'il semble atypique. En faisant des études de psychologie, son objectif était de varier les centres d'intérêt et de briser la routine. Après ses études, elle s'est orientée vers des expériences de bénévolat dans le domaine social. Elle s'est rendu compte que, selon le stéréotype qu'elle se faisait du psychothérapeute, ce serait un métier trop redondant pour elle. Mathilde avait besoin d'entreprendre une carrière dynamique où elle pouvait aussi se déplacer physiquement. Elle s'est intéressée à beaucoup de sujets et ne s'est pas spécialisée dans une discipline en particulier. Bien que cette dernière idée la poursuive, elle ne voit pas cela comme un « *handicap* » ou un « *poids* » (Mathilde, Annexe 7, p.74). D'ailleurs, elle pense que ce genre de profil est intéressant pour travailler avec un public varié.

Analysant son parcours, Catherine prend conscience que son orientation professionnelle vers la précarité ne lui semble pas anodine. À présent, elle se rend compte que c'était une évidence pour elle de travailler dans la précarité. Son objectif, en tant que praticienne, est de rendre aux personnes « *une place d'hommes, de femmes, de retrouver cette place parmi les autres, de leur rendre une position d'acteur.* » (Catherine, Annexe 10, p.121).

Pour François, être resté aussi longtemps employé dans l'abri de jour est une victoire mais il considère également cette expérience de travail comme un échec personnel. Avec du recul, il est « *persuadé qu'il y a une toxicité et des dysfonctionnements dans toutes les structures* » (François, Annexe 11, p.146). Cependant, devoir évoluer dans un environnement avec lequel il n'est pas en accord est compliqué pour François.

Dans son boulot actuel, François se sent à sa place. Son chef est bienveillant et l'équipe lui convient parce qu'ils sont peu nombreux. Il raconte : « *On fonctionne en électrons libres et moi c'est comme ça que j'ai vécu ma vie.* » (François, Annexe 13, p.182).

Par rapport à sa trajectoire professionnelle, Louise (Annexe 14, p.201) se rend compte que « *toutes les expériences de bénévolat, de stage ou de cours* » l'ont menée à ce choix de carrière, « *un peu comme un entonnoir.* » Elle estime que son emploi lui correspond et convient à son « *profil d'entre deux ou trois choses* » (Louise, Annexe 14, p.194). Elle constate que prendre un temps de réflexion avant d'entamer sa carrière lui a rendu service car cela lui a donné de la légitimité. Elle pense que, si elle n'avait pas fait ce parcours réflexif, elle n'aurait pas été une bonne travailleuse sociale dans la relation d'aide avec des personnes précaires.

Actuellement, Louise (Annexe 16, p.227) a trouvé un travail qui correspond à ses attentes et dans lequel elle se sent bien : « *Je m'estime super chanceuse d'avoir fini par trouver un endroit dans lequel je me sens accueillie, épanouie, et que je suis portée par la mission aussi.* » Quand elle a commencé son boulot, elle se mettait une certaine « *pression de la réussite* » (Louise, Annexe 15, p.215). Or, elle s'est rendu compte que ce n'était pas parce qu'elle offrait son aide aux bénéficiaires qu'ils devaient forcément l'accepter. Ainsi, elle a pu constater qu'ici, elle ne travaillait pas pour obtenir des résultats comme à l'université mais bien « *pour proposer des choses, pour proposer des outils en lesquels on croit.* » (Louise, Annexe 15, p.215).

Désormais, elle a retrouvé l'impulsion pour continuer à se former, s'ouvrir à de nouveaux apprentissages et acquérir des outils. Elle a envie de plaider pour avoir davantage de collègues et est contente d'avoir la sensation d'évoluer dans sa pratique. Elle dit : « *C'est super chouette de retrouver cette soif d'apprendre, d'accumuler des outils supplémentaires et de sentir qu'on est à sa place au final.* » (Louise, Annexe 16, p.222).

#### 5.8.4 Projets futurs

Pour l'avenir, Ariane songe à se replonger dans la recherche afin de réfléchir de manière plus méta et de créer du sens par rapport à son travail quotidien. Elle voudrait créer du temps et de l'espace pour communiquer ses observations. Pour elle, cela constituerait une façon de mieux revenir sur le terrain ensuite.

Ariane estime que beaucoup de travailleurs sociaux font des constats communs mais sans les partager. Or, elle conçoit que créer des ponts entre les « *fragments* » d'institutions pourrait être utile en vue de faire émerger une pratique ou « *pour en faire quelque chose de politique.* » (Ariane, Annexe 4, pp.36-37). Selon elle, « *les ponts sont en interaction mais les îles sont belles toutes seules.* » (Ariane, Annexe 4, p.36). Par rapport à cela, Ariane envisage un plan par rapport à la problématique des exclusions des centres.

De son côté, Mathilde aimerait faire des formations et se spécialiser dans un domaine tel que les assuétudes ou les traumatismes. D'après elle, ce sont les deux catégories les plus retrouvées parmi le public de rue. De plus, elle pense que repérer rapidement les traumatismes peut parfois permettre de prévenir des décompensations sévères. En outre, un autre de ses souhaits pour le futur est de relayer ses frustrations aux instances politiques, d'effectuer un travail de plaidoyer.

L'envie d'acquérir de nouveaux outils est centrale pour Mathilde. Elle souhaiterait développer sa patience, améliorer sa capacité à se remettre en question, s'ouvrir à de nouvelles

opportunités. Mathilde a conscience que, pour rester à l'écoute des usagers, elle doit pouvoir faire évoluer son travail en fonction des changements dans son environnement de travail. De plus, elle apprécierait de pouvoir s'immerger dans d'autres associations afin d'apprendre comment cela fonctionne ailleurs. Aussi, Mathilde envisage de voyager à l'étranger en œuvrant dans le secteur de la précarité. Son objectif est de revenir avec des expériences riches et de s'ouvrir à différentes possibilités.

Pour la suite de sa carrière professionnelle, Louise essaie de garder l'esprit ouvert à différentes possibilités. À un moment donné, elle aimerait quitter l'institution dans laquelle elle travaille actuellement pour découvrir d'autres lieux et fonctionnements. Elle raconte qu'elle puise cette inspiration auprès de l'une de ses collègues qui a travaillé dans plusieurs endroits et qui aurait développé un point de vue intéressant. Néanmoins, Louise affirme que le secteur psychiatrique s'inscrivant dans le domaine social lui plaît beaucoup et elle souhaite continuer à l'explorer. L'aspect de liaison avec les institutions extérieures est important pour elle. De plus, elle a le sentiment d'être intégrée dans une institution bienveillante et craint de ne pas retrouver autant de confiance et de flexibilité ailleurs.

En outre, Louise envisage peut-être un jour de débiter un master en psychologie afin de compléter sa formation. Son métier de travailleuse sociale lui convient mais, au vu de sa formation actuelle, elle voudrait pouvoir mieux revendiquer son profil professionnel. Comme Mathilde, elle est attirée par le fait de voyager à l'étranger. Elle songe, par exemple, à aller au Canada car elle sait qu'elle pourrait y trouver un emploi satisfaisant dans son secteur d'activité.

Catherine aimerait travailler encore davantage en réseau et sensibiliser les professionnels à la problématique des primo-arrivants en rue en vue d'établir une meilleure collaboration. Tout comme Mathilde, elle voudrait prendre le temps d'aller visiter d'autres services. Aussi, elle souhaiterait rencontrer d'autres psychologues qui travaillent dans le domaine de la précarité, aller voir dans d'autres villes et échanger avec d'autres professionnels sur leurs pratiques.

Par ailleurs, un projet sur lequel Catherine imaginerait travailler serait d'ouvrir un centre résidentiel pour des personnes en crise. En parallèle, Catherine est très sensible à la cause animale et voudrait créer une pension pour les animaux de ses bénéficiaires. En effet, elle constate que les refuges coûtent cher et que certaines personnes refusent parfois d'être hospitalisées si elles n'ont pas de solution pour leur bête. Néanmoins, Catherine a conscience qu'il faut évaluer la faisabilité de ces initiatives en termes de coûts financiers et de subsides. De plus, le temps passé à défendre ces idées est pris au détriment du temps passé sur le terrain.

Une fois pensionnée, Catherine songe à poursuivre sa pratique à travers du bénévolat car elle ne pourrait pas concevoir sa vie sans un contact avec ce public.

Pour le futur, François aurait envie de consolider l'identité de son équipe. Son idée est de clarifier leur travail, pour eux-mêmes mais également pour le réseau et les usagers. Dans une perspective plus lointaine, il envisage de se lancer en tant qu'indépendant ou semi-indépendant. Bien que sa situation actuelle soit stable et sécurisante pour lui, il garde en tête la possibilité de changer d'emploi s'il perd ses subsides ou si la dynamique institutionnelle ne lui convient plus.

#### 5.8.5 Vécu du récit de vie professionnel

À l'issue des rencontres autour du récit de vie, Louise (Annexe 16, p.225) ne s'imaginait pas pouvoir réfléchir et verbaliser autant d'éléments à propos d'un thème spécifique comme celui-ci : « *À beaucoup je pourrais raconter mon parcours professionnel en deux minutes, mais pas prendre le temps de s'arrêter, de creuser, d'essayer de voir un peu les mécanismes qui sous-tendent.* » Elle a apprécié participer à cette méthode car cela a été pour elle une belle opportunité pour exprimer ses valeurs et partager le quotidien de son travail.

Cette méthode de récit de vie a fait écho chez Ariane parce qu'elle juge que le sujet traité traduit bien la contradiction entre la formation en psychologie et le travail de psychologue en milieu précaire, qui implique d'ajuster sa trajectoire. Les résultats de la recherche l'intéressent.

Par ailleurs, Ariane se rend compte qu'elle parle généralement peu de son parcours et elle ne pense pas que son équipe soit au courant de son vécu. Néanmoins, elle n'aimerait pas avoir à le raconter souvent. Elle a conscience que ses expériences impactent sa vision du monde et sa façon de travailler aujourd'hui.

Après la première rencontre autour de l'élaboration du récit de vie, Ariane explique qu'elle n'était pas très satisfaite car elle aurait voulu mieux nuancer certains propos et davantage déconstruire. Elle a eu l'impression d'être dans une narration très descriptive. Cependant, la deuxième rencontre lui a semblé plus analytique, plus raffinée. Elle avait le sentiment de disposer d'un espace plus important pour approfondir sa pensée et mieux rendre compte de la complexité de son travail.

De son côté, François rejoint ce dernier point de vue en mentionnant le fait que la seconde rencontre était plus intéressante. Puisque nous intervenions davantage, la discussion comportait plus d'interactions et cela a nourri son intérêt pour le sujet.

De façon plus générale, François compare son récit à la fiction de « Game of Thrones ». Pour lui, « *c'est comme une histoire* » (François, Annexe 13, p.183). Dans chaque chapitre, un protagoniste différent est mis en avant mais sans que l'un d'eux ne soit vraiment le personnage principal. « *On voyage.* » (François, Annexe 13, p.183). Tout comme dans Game of Thrones, François (Annexe 13, p.184) explique qu'« *on est dans le trash aussi* » en travaillant avec un public précaire.

En revanche, François remarque que le démarrage des entretiens était parfois difficile pour lui. Puisqu'il fonctionne à l'aide de son intuition, il dit qu'il a tendance à s'éparpiller. Cela transparait également lors de ses entretiens avec les patients, où il exprime avoir du mal à se faire une vue d'ensemble sur le moment-même. Ainsi, il transcrit beaucoup ses propres entretiens afin de synthétiser les échanges.

Cette expérience lui a permis d'adopter la perspective « *du patient, d'une structure, d'une équipe et d'un supérieur* » hiérarchique (François, Annexe 13, p.183). Il s'est aperçu que cela pouvait parfois être compliqué pour eux de raconter leur vécu. Il a pris conscience qu'il devait se dévoiler, faire l'effort d'être clair et compréhensible. Disposer d'autant de temps pour se « *déployer* » l'aurait par moment déstabilisé (François, Annexe 13, p.183).

En outre, il observe qu'il a été influencé par de la désirabilité sociale. Il pense s'être mis une certaine pression car il ne savait pas d'avance où les échanges allaient mener. Aussi, il est content d'avoir pu aider et d'avoir fourni du matériel pour un projet qui fait sens pour lui.

Catherine relève qu'elle prend rarement le temps de parler de son travail et cela lui a fait du bien. Au départ, elle craignait de « *partir dans tous les sens* » et c'est pourquoi elle préparait des notes avant les rencontres (Catherine, Annexe 8, p.103).

Elle a vécu cette expérience de récit de vie de deux façons différentes. D'un côté, il y avait un aspect sympathique et apaisant de pouvoir partager des éléments de sa pratique professionnelle et de sa trajectoire personnelle. D'un autre côté, elle se demande ce que l'on va penser d'elle en la lisant. Elle se rend compte qu'elle s'est beaucoup dévoilée et craint d'être jugée. Par ailleurs, elle se conforte dans l'idée qu'il s'agit de son vécu singulier. Bien que cet exercice ait été très riche, cela a suscité des remises en question. Catherine (Annexe 10, p.135) pense que si elle s'est autant livrée, c'est parce qu'elle donne aussi beaucoup d'elle dans son travail « *avec les gars* ». Selon elle, « *pour recevoir, il faut donner.* » (Catherine, Annexe 10, p.135). De plus, elle constate qu'un lien s'est créé durant nos rencontres et que cela a sans doute influencé le fait qu'elle se soit autant racontée.

Catherine est convaincue que la façon dont chaque psychologue a pu se raconter est liée à son histoire personnelle mais également à son parcours professionnel. Cela l'intéresserait de lire le récit de quelqu'un qui consulte uniquement en cabinet afin d'observer la différence avec le travail de psychologue en rue. Par ailleurs, elle est heureuse de savoir que d'autres psychologues travaillent dans la mobilité.

## 6. DISCUSSION

---

Pour cette partie, les éléments importants des chapitres précédents sont discutés et articulés à l'aide de notions issues de la littérature. Ce faisant, l'objectif est de répondre aux deux questions de recherche formulées au départ de ce mémoire et d'examiner les hypothèses qu'elles sous-tendent. Nous rappelons ici les questions de recherche : 1) *Quelles seraient les particularités du travail de psychologue avec des personnes en situation de précarité ?* 2) *Comment des praticiens de terrain ayant suivi une formation de psychologue élaborent-ils la transformation de leur pratique, de leur identité professionnelle, au cours du temps et au contact d'un public précaire ?*

Néanmoins, nous souhaitons préciser que nous ne cherchons pas à valider ou invalider les propos des personnes rencontrées. L'idée est d'alimenter la réflexion, de mettre les données qualitatives en perspectives et d'éclairer nos questionnements. En effet, tout comme J.-P. Olivier de Sardan (1995) le mentionne, nous considérons que les intervenants possèdent des connaissances, des expériences personnelles et un savoir sur le sujet qu'il ne nous appartient pas de juger. Leurs propos reflètent des éléments qui font partie d'un ensemble de notions potentiellement partagées par d'autres professionnels (Olivier de Sardan, 1995).

Par ailleurs, il n'est donc nullement question dans ce mémoire de généraliser les données. De façon exploratoire, l'intérêt est plutôt d'« établir des liens entre les savoirs partagés et les expériences singulières qui accompagnent les personnes tout au long de la vie. » (Legrand, 1993 ; Pineau, 2002 ; Delory-Momberger, 2005, cités dans Torterat, 2011, p.77).

Une première partie de la discussion porte sur les particularités du travail de psychologue en milieu précaire que nous avons repérées. Ce point est lui-même divisé en trois sections qui concernent successivement l'alternance du dehors et du dedans, les composantes de la création de liens et les situations critiques auxquelles les intervenants font face. Ensuite, nous abordons l'évolutions des trajectoires professionnelles sous l'angle d'un changement de paradigme. Pour finir, un point est consacré aux limites de la démarche de recherche choisie afin de nuancer la qualité de nos résultats.

## 6.1 PARTICULARITÉS DU TRAVAIL DE PSYCHOLOGUE EN MILIEU PRÉCAIRE

### 6.1.1 Alterner dedans-dehors, entre patience et présence

Comme nous avons pu le voir précédemment dans l'analyse, les notions d'espace et de temps sont essentielles à examiner lorsque l'on s'intéresse au travail mobile en milieu précaire. Puisque la temporalité du public est souvent décalée et que les gens investissent l'espace d'une façon particulière, les travailleurs doivent s'ajuster constamment. En effet, Colette Pitici (2008) précise que, chez les personnes en errance, l'espace est surinvesti et prend plus de place dans l'économie psychique du sujet que le rapport qu'il entretient au temps.

De plus, le cadre spatio-temporel doit être adapté aux contraintes institutionnelles, tout en prenant en compte le rythme des saisons, les imprévus des rencontres, les absences aux rendez-vous, la consommation de drogues et la non-demande des usagers. Cependant, cet équilibre est difficile à trouver dans la mesure où les travailleurs peuvent avoir le sentiment de manquer de temps et d'espace pour des moments de réflexion, de répit, et être présents auprès de leurs bénéficiaires ainsi qu'avec leur équipe. Or, le temps est un élément essentiel pour permettre qu'une relation d'aide s'établisse (Grimard & Zwick Monney, 2016).

Par rapport à ces temporalités multiples, l'auteur Éric Gondard (2017, p.45) distingue quatre types de chronologie : « la temporalité individuelle », « la temporalité sociale », « la temporalité institutionnelle » et ce que nous pourrions qualifier de temporalité circadienne ou cyclique. Gondard (2017) reconnaît que ces temporalités peuvent difficilement s'harmoniser. Cela pourrait expliquer partiellement la raison pour laquelle les praticiens peinent parfois à s'y retrouver.

Avec des personnes en situation de précarité et d'errance, le cadre doit nécessairement être plastique, malléable, mais aussi suffisamment clair et construit pour pouvoir rester solide. Celui-ci se démarque d'un cadre classique puisque l'utilisateur en errance ne saurait y adhérer. De plus, le bénéficiaire contribue à la construction du cadre en fonction de ses besoins et préférences. Le psychologue est amené à se détacher d'une orientation théorique particulière et à faire preuve de créativité dans ses interventions. Denis Mellier (2006, p.148) affirme que « les situations de précarité psychique ne peuvent pas être traitées comme des situations de psychothérapie ». Il s'agit de pouvoir travailler avec des personnes qui ne demandent plus rien, en réfléchissant à des manières d'entrer en relation avec elles. Avec un public précaire, les professionnels doivent aménager des dispositifs qui « séduisent », qui suscitent le désir de rencontrer l'autre (Mellier, 2006, p.151).

Lorsque les travailleurs se déplacent pour aller à la rencontre des personnes, le cadre est impacté par le lieu, les dynamiques institutionnelles, le contexte, les gens, la façon de communiquer, etc. Les dynamiques relationnelles, les échanges et la communication sont également impactés par l'environnement dans lequel les personnes se trouvent.

Dans ce contexte de mobilité et puisque les intervenants n'ont pas les quatre murs, l'équipe est habitée par le cadre. En effet, le cadre est mobile puisqu'il est porté par des travailleurs mobiles (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011). Le plus souvent, les maraudes ou équipes de rue se déplacent en binôme. Vanel et Massoubre (2011) indiquent d'ailleurs que cela permet une triangulation, ce qui protège les travailleurs contre des identifications projectives trop envahissantes. Certains suivis ou accompagnements peuvent se faire seul, en fonction de la situation et des moyens.

Néanmoins, les travailleurs évaluent toujours s'ils se sentent en sécurité sur un lieu avant de s'y rendre. Lorsque les collaborations et la communication sont bonnes, l'équipe représente une force pour les travailleurs. Ensemble, les professionnels peuvent construire un espace sécurisé où partager leurs ressentis et leurs savoir-faire respectifs. Puisque le « cadre externe » fait défaut dans ce contexte, les psychologues ne peuvent se reposer que sur leurs références internes pour créer un espace sécurisé (Sein, 2020, p.26), ainsi que sur la coordination entre collègues.

En rue, les rencontres sont influencées par l'état psychologique des usagers et par le lieu (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011). En fait, le clinicien fait face à « un terrain changeant et plein de contraintes institutionnelles. » (Humphreys, Tsoni et Pawlik, 2019, p.208). Dès lors, il est important pour lui de faire preuve de plasticité et de contenance mais « tout en préservant la « portabilité » du cadre » (Pommier, 2003, cité dans Humphreys et al., 2019, p.201).

En comparant le travail de psychologue dans un bureau avec celui en rue et pour un même public, nous pouvons constater que le cadre et la posture de travail sont différents. L'expérience des intervenants nous révèle que des entretiens sont possibles dans les deux contextes, et cela est appuyé par l'article de Przewlocka-Alves et Boussard-Lalauze (2011, p.126). Entre quatre murs, l'entretien semble plus classique et l'échange se déroule en face à face, sans contingences extérieures. Néanmoins, les psychologues se permettent également de jouer avec le cadre, comme de rallonger la durée des consultations. Par rapport à la consommation de substances, certains professionnels refusent aux patients d'entrer dans les bureaux s'ils sont sous influence

mais d'autres avisent subjectivement l'état de la personne et peuvent tolérer une marge. À nouveau, cela démontre le fait que, même au sein d'un cadre qui semble *a priori* plus classique, « le découpage du temps pour les gens en grande précarité » reste un aspect à prendre en compte et pour lequel le professionnel doit pouvoir négocier et trouver des ajustements (Sein, 2020, p.25).

L'une des particularités du travail de certains intervenants (surtout François et Louise) est que leur intervention en rue est suscitée par la demande d'autres professionnels du réseau. La raison soulevée par les travailleurs que nous avons rencontrés est qu'ils sont sollicités pour des problèmes de santé mentale ou parce que leurs collègues ont besoin d'un avis psychologique concernant un individu. Pour Mellier (2006), ce type d'interventions initiées par un tiers implique d'anticiper la demande dissimulée, ce qui différencie l'approche d'un cadre classique.

Toutefois, si le bénéficiaire ne souhaite pas d'intervention, les professionnels se retrouvent parfois dans des situations délicates et ne savent pas toujours comment réagir. Par rapport au « refus de soin », Furtos (2009, p.13) explique que les intervenants psychosociaux doivent « à la fois le respecter et le contourner. » Il s'agit de respecter les défenses du sujet mais en se préoccupant de lui pour éviter de se retrouver dans une posture de non-assistance à personne en danger (Furtos, 2009, p.13).

L'enjeu des équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) est d'aller vers les personnes en précarité qui se tiennent à distance des institutions de soins, en réfléchissant à des façons de les approcher (Petit & Leroy, 2013). Ainsi, le psychologue doit pouvoir composer avec la non-demande et proposer des moments de rencontre qui soient accessibles au public. L'objectif est de faire émerger des demandes et de créer une première accroche en vue d'entamer un suivi par la suite. Dès le début, l'enjeu est d'« aider ces personnes à s'approprier la demande » (Petit & Leroy, 2013, p.33). Pour la plupart, cela peut prendre un certain temps et comporter des absences aux rendez-vous (Petit & Leroy, 2013). Ensuite, « le consentement à des soins » peut être envisagé (Martin, 2009, p.117). Cette stratégie permet d'encourager les personnes à se remobiliser et de créer un pont vers les institutions d'aide.

En rue, les entretiens sont plus informels, moins traditionnels et moins conventionnels. Le public se sent souvent plus à l'aise dans ce contexte-là. Les travailleurs doivent alors adopter une attitude physique adéquate en se mettant à la hauteur de la personne. Pour que la rencontre puisse avoir lieu, les intervenants conçoivent l'interaction sur un même niveau. L'accompagnement des personnes en situation de précarité vise leur reconstruction physique,

psychique (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011) et sociale. Le rôle des intervenants est de porter un regard bienveillant sur les bénéficiaires et de les écouter sans les juger (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011). En effet, l'idée est d'éviter de stigmatiser les usagers mais d'adopter une posture d'ouverture pour pouvoir se laisser transformer.

Le fait d'appartenir à une institution particulière impacte le cadre et la façon de travailler des intervenants. En travail de rue, certains travailleurs doivent porter un vêtement qui expose leur affiliation au service mais ils décident parfois de ne pas le mettre. Cela comporte des avantages et inconvénients perçus par les travailleurs. D'un côté, l'uniforme leur confère une reconnaissance, mais de l'autre cela peut être stigmatisant pour les bénéficiaires et déséquilibrer la relation horizontale. En effet, l'intérêt est d'être visibles et ainsi plus accessibles (Jan, 2017). Cependant, il s'agit également de ne pas faire fuir les usagers des lieux dans lesquels ils ont établi leur refuge et donc de leur laisser la possibilité de rester à distance (Jan, 2017).

Par ailleurs, la difficulté pour l'intervenant psychologue est d'accéder « au récit » de l'usager (Humphreys et al., 2019, p.208). Pour que le transfert s'enclenche, le psychologue doit pouvoir recevoir ce que le sujet a à déposer (Humphreys et al., 2019). Les intervenants observent d'ailleurs que l'instauration d'un lien de confiance peut parfois prendre des années et nécessite une présence régulière, de la patience et de l'engagement de la part du professionnel. Ceci rejoint entièrement le point de vue de Humphreys et al. (2019). En effet, « créer du lien avec un autre qui n'est pas dans le lien prend du temps » et nécessite de s'adapter au rythme du bénéficiaire (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011, p.126). Pour J.-P. Martin (2009, p.117), « la continuité des passages est ce qui va construire la possibilité d'un lien » et permettre de déterminer s'il y a une psychopathologie sous-jacente. Ainsi, « le travail d'apprivoisement se fera progressivement, et réciproquement. » (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011, p.126).

Néanmoins, il s'agit également de respecter le cadre de la personne, sa temporalité, son langage et la façon dont elle a aménagé son espace. Les travailleurs doivent être attentifs à ne pas se montrer intrusifs car, même si certaines personnes interagissent aisément, ce n'est pas pour cela qu'elles acceptent d'emblée l'aide qui leur est apportée (Plouquet, 2009). Grâce à une approche et une manière d'entrer en contact mesurées, il arrive que quelque chose se débloque soudainement chez les personnes en rue.

### 6.1.2 Composantes de la création de liens

Dans la mesure où les psychologues sont souvent intégrés dans des équipes pluridisciplinaires ou sont en tout cas obligés de collaborer au quotidien avec d'autres professionnels, la façon dont ils se présentent aux usagers est intéressante. Dans certaines situations, les professionnels jugent pertinent de se présenter comme psychologues mais, la plupart du temps, ils se présentent sous le titre de travailleur social. La raison la plus évoquée est que le psychologue est souvent moins bien connoté par le public. Cela renvoie à la notion de santé mentale et aux éventuelles mauvaises expériences passées que les usagers ont pu vivre. Cette observation des intervenants est appuyée par la psychologue Laurie Sein (2020) dans son article. L'objectif des psychologues est donc d'éviter de provoquer trop de méfiance de la part des personnes, ce qui risquerait de fragiliser la rencontre.

La dimension de la langue et des moyens d'expression fait partie des spécificités à prendre en compte avec le public précaire. Toutes ces façons particulières de communiquer que l'on peut retrouver en travaillant avec ces personnes colorent la relation. En effet, beaucoup d'usagers que les intervenants rencontrent parlent des langues étrangères et communiquer directement avec eux peut s'avérer compliqué. Les intervenants ont parfois recours à des interprètes mais peuvent également se servir de Google Traduction. Outre cela, les intervenants sont confrontés au langage employé par les gens de la rue et doivent s'adapter à leur niveau de langage. Les grossièretés et les mots du monde de la consommation sont des éléments auxquels les travailleurs doivent s'ajuster et qu'ils doivent comprendre. Par ailleurs, le tutoiement est davantage employé que le vouvoiement car les travailleurs expliquent que ce dernier instaure de la distance et que cela met parfois les usagers mal à l'aise.

Même dans les situations où la langue courante n'est pas spécialement un obstacle, il faut parfois avoir recours à d'autres moyens de communication que la parole, notamment si les personnes éprouvent des difficultés à mettre des mots sur ce qu'elles ressentent. Les émojis ou les images sont des exemples d'outils utilisés (Catherine). En ce sens, les notions de « contact » et de « pré-thérapie » respectivement conceptualisées par Carl Rogers et Garry Prouty sont intéressantes dans la prise en charge de personnes précaires. Rogers (1965, cité dans Priels et al., 2006) explique que le contact est l'étape nécessaire qui précède la relation. Ainsi, la pré-thérapie pourra avoir lieu à ce stade où la personne n'a pas les capacités d'expression suffisantes pour une relation psychothérapeutique (Priels et al., 2006).

Avec des personnes en situation de grande précarité, la dimension corporelle est importante. Les intervenants font notamment part de l'incurie qu'ils observent et de la proximité physique qu'ils sont amenés à établir pour créer du lien. Pour qu'une accroche puisse se faire et qu'une relation puisse se maintenir, le praticien doit se laisser « infiltrer par cet afflux de stimuli anarchiques et désespérés. » (Pitici et al., 2010, p.244). Ces signaux du corps constituent une forme d'expression adressée à l'autre, là où le langage verbal pour formuler une demande n'est plus possible (Douville, 2004, cité dans Pitici et al., 2010).

Puisque les personnes en situation de précarité rencontrent des problématiques liées à leur réalité matérielle, le travail social est à effectuer en premier lieu afin de réduire ces sources d'anxiété. En effet, leur préoccupation pour leur situation sociale surplombe leur besoin d'aide psychologique (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011). Ainsi, une grande partie du travail des psychologues dans ce secteur passe en réalité par le travail social. Ce n'est qu'après avoir tenté de répondre aux besoins primaires en réalisant des démarches sociales qu'il est éventuellement possible d'entamer un travail psychologique. En fait, pour Mellier (2006), le travail pluridisciplinaire est obligatoire car les personnes en précarité ont des demandes directes qui ne concernent pas le champ psychologique.

De plus, c'est par le biais des démarches sociales que le lien relationnel peut se créer entre le professionnel et l'utilisateur. Néanmoins, pour qu'il y ait un effet thérapeutique, et dans l'idée d'amener la personne à récupérer une certaine autonomie, il est important de veiller à ce que les outils matériels apportés aux bénéficiaires soient utilisés à bon escient et mènent à la création du lien sans engendrer de dépendance aux services. Nous faisons ainsi le parallèle avec l'ouvrage de l'auteur Rullac (2006), dans lequel il critique l'urgence sociale. Pour lui, ce type de dispositif répondant à une demande urgente et matérielle risque de créer une dépendance aux services, ne permet pas de traiter les causes profondes de la problématique des personnes et assujettit les travailleurs à perpétuer indéfiniment les mêmes gestes (Rullac, 2006).

Un autre élément essentiel est la proximité. Là où en psychologie la notion de « juste distance » est souvent évoquée, dans le secteur de la précarité les termes de « bonne proximité » (Catherine) pourraient s'y substituer et être défendus. Dans la mesure où l'objectif du travailleur est de créer du lien et d'aller vers autrui, une proximité est nécessaire. Le psychologue en milieu précaire doit pouvoir trouver un équilibre sain entre être proche des bénéficiaires et établir un cadre rigide qui instaurerait trop de distance. Il s'agit de se montrer

suffisamment disponible et présent « mais assez à distance pour ne pas être dans une relation trop dangereuse ni pour l'un ni pour l'autre, au risque de s'y perdre. » (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011, p.127). D'un côté, il faut pouvoir faire preuve de sensibilité, investir la relation, donner de sa personne, mais d'un autre côté éviter de se laisser envahir par les souffrances des usagers, se ressourcer, et prendre du temps pour soi. Il s'agit de garder une attitude professionnelle et éthique qui permette également de se préserver. L'idée est d'éviter de succomber à l'aliénation en entretenant une relation d'assistance (Vanel & Massoubre, 2011). Cette « relation d'aide basée sur la confiance » doit permettre à l'autre d'exister (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011, p.128).

Selon Furtos (2012, p.31), il faut « accepter d'être dérangé par l'autre » pour pouvoir travailler dans ce contexte. D'ailleurs, il définit le transfert comme étant « *la capacité d'accepter le dérangement nécessairement produit par l'autre par le seul fait qu'il existe dans son histoire* » (Furtos, 2012, p.34). Le clinicien est amené à s'engager dans une relation où il doit faire preuve de réflexivité et d'élaboration (Furtos, 2012).

Dans l'accompagnement, la création de liens avec les bénéficiaires est centrale et une bonne connaissance du réseau est précieuse (Petit & Leroy, 2013). Selon les intervenants rencontrés, la création du lien prime sur l'idéal de réinsertion. Les personnes en situation de grande précarité ont subi des traumatismes et des ruptures difficiles qui ont souvent mis à mal leur capacité à créer du lien avec autrui. L'objectif du travail de création de liens est de leur redonner confiance en la relation, de les réhumaniser et de leur offrir une reconnaissance, pour qu'ils puissent ensuite entretenir ce lien et le transposer ailleurs. Le lien avec le professionnel s'instaure souvent progressivement à travers des moments informels et permet également à la personne de consolider le réseau autour d'elle.

À travers des moments d'écoute et de soutien psychologique, les intervenants essaient de s'adapter au rythme de chacun et de maintenir une relation d'aide. Pour diminuer l'exclusion sociale, il peut être intéressant d'aller chercher les ressources de la personne, de mettre en avant sa créativité et ses centres d'intérêt pour construire des ouvertures vers d'autres possibilités. C'est en effectuant « un travail de réparation narcissique » auprès de l'utilisateur, en le déculpabilisant, qu'il pourra rassembler ses ressources pour avancer (Jobeir et al., 2009, p.622). En ce sens, faire comprendre à l'utilisateur qu'il est toujours un être humain parmi les autres, peu importe sa situation sociale, permet de lui redonner une place de citoyen (Wagener, 2018).

En assurant une continuité au sein de la relation d'aide, les professionnels font preuve d'empathie et de bienveillance afin d'accompagner la personne dans ses démarches. Cela rejoint la philosophie du *care*, qui est une pratique définie par Laugier et Molinier (2009, p.74) comme étant « une attitude » éthique d'attention portée aux autres. Guillaume Pégon (2011) postule d'ailleurs que les cliniciens dans le secteur de la précarité s'inscrivent dans cette logique du *care* puisqu'ils s'impliquent dans une relation qui vise à réparer la capacité des personnes à créer du lien social. Au sein de la relation, les intervenants (François et Mathilde) considèrent que leur présence thérapeutique agit comme un « *fil rouge* ». Souvent, les travailleurs observent que la relation perdure au-delà de l'objectif visé par l'accompagnement au départ.

### 6.1.3 Situations critiques et stratégies pour faire face aux difficultés

Face à des situations critiques, les institutions réagissent de différentes façons et en fonction de leurs moyens. Dans des dispositifs d'accueil d'urgence, les professionnels vont juger de la vulnérabilité physique et psychique de la personne pour définir l'octroi d'une place en hébergement. C'est ce que les auteurs Sarradon-Eck et Farnarier (2014, p.9) nomment la « logique de protection des plus vulnérables ». Par ailleurs, d'autres services ne travaillent pas en urgence.

Lorsque les professionnels sont confrontés à des usagers présentant des problèmes de santé mentale complexes, un travail de réseau est souvent souhaité et permet de relayer aux équipes adéquates. Parmi les intervenants psychosociaux, peu d'entre eux se sentent compétents et qualifiés pour assurer des suivis avec ce type de public et ils constatent que les alternatives sont pauvres. Par ailleurs, les travailleurs observent qu'un nombre croissant de personnes avec un trouble mental lourd se retrouvent en rue. En effet, en Europe et en Amérique du Nord, cela a été étayé par plusieurs études épidémiologiques qui « montrent que les personnes en état de précarité ont plus de problèmes de santé mentale que les autres. » (Kovess-Masféty, 2001, p.91). Toutefois, il s'avère compliqué de dissocier les causes inhérentes à une fragilité psychique et celles liées à l'environnement (Kovess-Masféty, 2001).

De façon générale, les intervenants déplorent un manque de moyens humains, de ressources financières et de structures. Dans le secteur de la précarité et de l'urgence sociale, ce constat est fait par beaucoup d'observateurs (Rullac, 2006). En revanche, selon le Haut Comité de Santé publique (cité dans La Rosa, 1998), le système médico-social serait inadapté aux spécificités des populations en situation de précarité. Ce serait principalement pour cette raison

que les accès aux établissements sont difficiles (La Rosa, 1998). En conséquence, les intervenants observent que les centres d'accueil sont surpeuplés et que le temps d'attente aux urgences hospitalières est long tant qu'il n'y a pas d'urgence vitale. Si la personne se met en danger ou représente un danger pour autrui, une solution drastique qui peut être envisagée est la mise en observation. Cependant, les travailleurs sont peu à l'aise avec cette procédure qui contraint la personne et brise le lien de confiance.

Avec ce public, les professionnels tentent d'écouter, d'être témoins, d'apaiser, d'aider et de comprendre la demande si elle est exprimée. Pour eux, l'intérêt n'est pas d'étiqueter la personne selon un référentiel de pathologies. Dans ce contexte, ce n'est d'ailleurs pas non plus le rôle du psychologue de pathologiser les personnes, même s'ils doivent être vigilants aux mécanismes sous-jacents (Jan, 2017). L'objectif est de maintenir la relation avec la personne et de contenir la crise à laquelle elle fait face. Il s'agit également d'aider les usagers à franchir les portes des institutions et à leur faciliter des relais.

Par rapport à la violence que l'on peut retrouver en travaillant dans le secteur de la précarité, deux éléments sont à soulever. D'une part, la violence en rue peut survenir entre des personnes sans-abri mais peut également être tournée vers les travailleurs sociaux. Certaines insultes ou agressions verbales sont parfois entendues par les intervenants et peuvent être difficiles à recevoir. D'autre part, les institutions peuvent être des auteurs de violence considérables pour les usagers. En refusant leur accès à des personnes dans le besoin, elles entretiennent le phénomène d'exclusion, la stigmatisation, ainsi que la détresse et l'insécurité de ces personnes démunies. Les mesures d'exclusion prises à l'égard de personnes ayant commis des passages à l'acte violents posent donc question aux intervenants.

Par ailleurs, les intervenants rapportent avoir l'impression que les institutions ne prennent souvent pas assez soin de leurs employés et que des dynamiques d'équipe toxiques peuvent impacter leur bien-être. Ainsi, l'enjeu est de parvenir à se préserver pour ne pas se noyer dans la souffrance des usagers.

D'après les intervenants, certains aspects de leur travail sont éprouvants. En créant du lien avec un public marginalisé et combinant des problématiques sévères, ils rapportent subir des traumatismes réguliers. Les intervenants que nous avons rencontrés observent que certains travailleurs finissent par perdre leur sensibilité ou se renferment et que le renouvellement du personnel est conséquent dans ce secteur. Ce phénomène peut notamment s'expliquer par la notion de « fatigue compassionnelle », théorisée pour la première fois en 1992 par Carla

Joinson (citée dans Zawieja, 2014). Ainsi, en étant exposé à la souffrance de leurs bénéficiaires, les professionnels seraient susceptibles de perdre progressivement de leur empathie et de leur optimisme (Figley, 1995, cité dans Zawieja, 2014).

Bien que les travailleurs se sentent utiles auprès de leurs usagers et éventuellement auprès des autres professionnels qui les entourent, ils mentionnent le fait qu'ils agissent à petite échelle et qu'ils n'impactent pas le fonctionnement du système en amont. Leur travail ne résout pas la problématique générale du sans-abrisme. Des sentiments d'impuissance et d'injustice sont également rapportés par les intervenants qui se sentent parfois dépassés.

Le sentiment d'impuissance a été étudié par de nombreux chercheurs (Ravon et al., 2007 ; Ravon, 2009 ; Grebner et al., 2011 ; Stanley et al., 2007, cités dans Grimard & Zwick Monney, 2016). Certains professionnels observent des situations se détériorer et peuvent ressentir l'envie de sauver les gens mais sans en être capables. D'autres sont confrontés à des obstacles législatifs concernant leurs usagers et ne peuvent pas dégager de solutions pour préserver la sécurité des personnes. De plus, les frustrations liées aux échecs de suivis ou aux barrières structurelles et politiques les épuisent. Ils sont coincés entre, d'un côté la volonté d'aider les bénéficiaires, d'effectuer un travail qui a du sens, d'œuvrer pour une cause qui leur tient à cœur, et de l'autre, un système trop peu efficace qui n'offre pas suffisamment de solutions. Cette tension est également relatée par Grimard et Zwick Monney (2015, cités dans Grimard & Zwick Monney, 2016). Ces mêmes auteurs observent « alors que certains travailleurs sociaux... développent des capacités d'agir au-delà de ce que leur propose leur cadre d'intervention et se dotent ainsi eux-mêmes des moyens pour exercer leur travail. » (Grimard & Zwick Monney, 2016, p.87).

Pour tenir le coup, ils ont recours à diverses stratégies personnelles. Ils déclarent qu'instaurer un équilibre entre sa vie personnelle et sa vie professionnelle ainsi que distinguer ces deux sphères est souvent bénéfique car cela aide à se détacher du boulot par moments. Il s'agit également d'être bien entouré et de faire des activités qui permettent de se ressourcer. Aussi, les supervisions individuelles constituent un bon moyen de mettre des mots sur les difficultés émotionnelles vécues. Adopter un point de vue plus positif sur les situations en considérant leurs possibilités de changements semble également bénéfique. Au niveau de la gestion du travail, le fait d'avoir conscience de ses limites et capacités, de ne pas se surcharger, de prendre des congés ou de diminuer son temps de travail quand un sentiment de trop plein est là est important.

Le fait d'avoir des collègues soutenant, des réunions d'équipe pluridisciplinaires, des interventions et des formations pour développer de nouveaux outils sont également des atouts. Ils apportent beaucoup de richesse au niveau de la pratique et des connaissances théoriques. Par ailleurs, ils permettent aux travailleurs de se sentir plus légitimes et de renforcer la confiance mutuelle entre collègues. Néanmoins, les travailleurs expriment que ces occasions manquent et qu'ils aimeraient en avoir davantage.

Dans le secteur de la précarité, « le travail en réseau est un outil de prévention indispensable » car il permet d'encadrer et de construire une structure autour de l'usager (Maskens & Herreno, 1998, cités dans Yahyaoui, Ben Hadj-Lakhdar & Dubrez, 2006, p.181). Ainsi, il facilite la mobilisation des personnes qui entourent le bénéficiaire afin d'éviter l'enlisement dans des problèmes et « assure la continuité et la complémentarité des prises en charge. » (Yahyaoui et al., 2006, p.181). En ce sens, le réseau est défini par J.-P. Martin (2009, p.117) comme « l'institution d'une clinique psychosociale qui s'inscrit comme une action commune... dans laquelle chaque partenaire va être une ressource pour l'autre. » De plus, il permet de lutter contre l'épuisement professionnel (Estryn-Béhar, 1999, cité dans Tudrej et al., 2018). Puisque les différentes institutions manquent souvent de moyens, il est important de pouvoir collaborer et compter les uns sur les autres pour orienter les gens vers les services adaptés. Lorsque les relais sont efficaces, créer du lien avec les professionnels du réseau permet de se coordonner pour accompagner au mieux les bénéficiaires.

## 6.2 DES TRAJECTOIRES VERS UN CHANGEMENT DE PARADIGME

Pour devenir les professionnels qu'ils sont aujourd'hui, Catherine, Louise, François, Mathilde et Ariane sont passés par un processus de déconstruction et de démythification de la représentation qu'ils se faisaient du métier de psychologue.

Pendant que l'une s'est complètement affranchie de son statut de psychologue, d'autres ont construit leur identité professionnelle en se forgeant une image différente de la discipline. Ensuite, certains d'entre eux ont choisi des parcours de formation qui croisent plusieurs champs, ce qui leur a permis d'adopter d'emblée un point de vue plus étendu sur la variété des publics avec lesquels ils travaillent.

Dans leur travail, ils sont confrontés quotidiennement à des souffrances extrêmes et à une authenticité humaine très crue. Aussi, les violences, les injustices et les obstacles institutionnels dont ils sont témoins peuvent affecter leur énergie. De plus, les travailleurs ont le sentiment de

manquer de balises et aimeraient bénéficier de davantage de théories intéressantes pour prendre du recul, améliorer leur pratique et leurs connaissances. Ils éprouvent le besoin de proposer des actions en accord avec leurs valeurs, de rencontrer d'autres professionnels et de communiquer leurs frustrations aux instances. Pour pouvoir tenir et évoluer dans cet environnement, ils doivent avoir recours à différentes stratégies et disposer d'espaces de réflexivité.

Certains travailleurs remarquent que les notions théoriques diffusées sont souvent trop éloignées de la réalité de terrain, rationalisées et en décalage avec ce que les individus vivent. Les expériences personnelles telles que la confrontation aux dysfonctionnements du système psychiatrique hiérarchisé ont pu mettre en évidence le pouvoir néfaste des étiquettes diagnostiques et du savoir qui enferment les gens.

En effet, le travail clinique qui s'applique à ces populations invite à laisser de côté les diagnostics psychiatriques habituels pour s'atteler à définir la souffrance psychique d'une autre façon (Martin 2009). Dans la rencontre et l'accompagnement avec les usagers, la reconnaissance de la « souffrance sociale et du droit de libre arbitre du sujet à préserver son intimité et à être traité avec dignité est essentielle. » (Martin, 2009, p.118).

Ainsi, les intervenants rencontrés sont davantage ancrés dans une logique empirique, se laissant enseigner par leurs expériences de terrain et par les rencontres. Ils apprennent à connaître le public, à sortir des sentiers battus et à ne pas se reposer sur leurs acquis. Ils créent ainsi leur identité propre en fonction de leurs spécificités et s'ajustent aux bénéficiaires.

En outre, ce travail de démystification se fait aussi auprès des usagers, par le biais du lien que les intervenants parviennent à créer avec eux. C'est en faisant preuve d'écoute dans un contexte informel, de bienveillance, d'investissement relationnel et d'humanité que les intervenants peuvent lever les réticences et les perceptions stéréotypées à leur égard.

Finalement, le psychologue travaillant avec des personnes en situation de précarité et d'errance pourrait être considéré comme un psy marginal, comme l'envisage François. Ces psychologues font partie de la société mais ne rentrent pas tout à fait dans le moule (François). En effet, ils sont amenés à se décaler du rythme et de l'espace-temps de la société pour pouvoir approcher les personnes décrochées. Comme le dit Olivier Douville (Douville & Absi, 2011, p.301), « aujourd'hui, le discours dominant réduit la raison à la norme ». La psychiatrie et la psychologie actuelles jouent de leur savoir et de leur pouvoir pour tenter de « protéger la société du fou » (Douville & Absi, 2011, p.299). Or, le psychologue travaillant avec des personnes

souffrant de la marginalisation tente justement de relier cette souffrance psychique à la dimension sociale et de se démarquer des discours réducteurs.

### 6.3 REGARD CRITIQUE SUR LA DÉMARCHE DE RECHERCHE

En ce qui concerne notre méthode de recherche, certaines critiques et points d'attention peuvent être soulevés.

Premièrement, une limite qui peut être évoquée est le fait que l'une de nos intervenantes n'ait pas un diplôme de psychologue puisqu'elle n'a pas réalisé de master en psychologie. Cela induit une certaine hétérogénéité dans notre échantillon de participants. De plus, certains intervenants que nous avons rencontrés soient de jeunes travailleurs et n'exercent dans le secteur que depuis environ deux ans. Bien que leurs récits nous paraissent très intéressants et pertinents pour la recherche, le récit d'une personne côtoyant depuis plus longtemps le secteur témoignerait d'une expérience plus grande et aurait probablement plus de recul sur certains aspects de son travail.

Deuxièmement, le fait d'avoir employé une méthode non-directive durant les rencontres a pu induire des biais dont il est important d'avoir conscience. Certains intervenants ont eux-mêmes exprimé la présence de désirabilité sociale et la crainte d'être jugés. La désirabilité sociale est définie par Crowne et Marlowe (1960, cités dans Butori & Parguel, 2010, p.4) comme la « tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société. » En effet, la liberté de parole octroyée aux intervenants et propre au récit de vie engendre une sélection et un tri des informations partagées par le narrateur (Martouzet et al., 2010). De plus, il est fort probable que leur discours ait été construit notamment selon les attentes qu'ils pensaient être celles de l'étude (Martouzet et al., 2010).

Troisièmement, cette démarche qualitative sous-tend une posture inévitablement subjective du chercheur (Bertucci, 2012). Sa subjectivité constitue donc une ressource mais également un biais (Olivier de Sardan, 1995). Malgré notre volonté de rester le plus possible dans du non-directif lors des rencontres avec les praticiens de terrain, certaines questions ont parfois orienté les propos. De plus, le fait-même d'avoir été témoin des récits et d'être intervenue dans la narration implique une co-construction (Bertucci, 2012).

Ensuite, nous avons dû faire preuve de créativité en rapportant le discours du narrateur d'une manière qui laisse transparaître notre sensibilité mais sans effacer l'autre (Bertucci, 2012). La transcription des récits traduit donc « l'intersubjectivité et l'altérité » (Bertucci, 2012, p.99).

En effet, la façon dont nous avons transcrit les entretiens s'éloigne déjà un peu de la façon dont les propos ont été énoncés puisque des hésitations ou certains mots ont été corrigés pour plus de fluidité. Ensuite, le contenu des entretiens a été remanié, résumé et regroupé dans l'analyse thématique et transversale. Nous n'avons pas utilisé de logiciel pour déterminer les catégories, ce qui a laissé libre cours à notre appréciation pour la répartition des données qualitatives.

Pour réaliser l'analyse thématique et transversale, la principale difficulté était de rassembler les informations et les articuler. D'une part, nous souhaitons préserver la singularité des récits en les résumant et en maintenant la distinction entre les différents intervenants. D'autre part, l'enjeu était de créer un tout cohérent, suivant un fil rouge et permettant au lecteur de faire des liens entre les idées relatées.

Enfin, nous n'avons bien entendu présenté qu'une liste partielle des particularités du métier de psychologue en milieu précaire. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons tenté de mettre en évidence certains aspects du travail, sur base de notre compréhension des récits de vie professionnelle récoltés.

## 7. CONCLUSION GÉNÉRALE

---

En accord avec nos objectifs, ce mémoire confirme nos hypothèses de départ tout en y apportant des éléments supplémentaires et des nuances. D'une part, nous pouvons mettre en exergue différentes particularités du travail de psychologue avec des personnes en situation de précarité. D'autre part, ce travail permet de retracer le cheminement parcouru par cinq professionnels vers une déconstruction et une démystification de la représentation du psychologue.

Plus précisément, nous avons constaté que travailler dans le secteur de la précarité nécessite de pouvoir s'adapter à des temporalités différentes et des espaces changeants. Les praticiens sont amenés à alterner les rencontres hors les murs et les suivis à l'intérieur des établissements. Pour pouvoir accrocher les bénéficiaires en errance et dont l'organisation spatio-temporelle est décalée, les intervenants doivent trouver des ajustements. Cependant, la difficulté est d'établir un équilibre entre l'espace-temps universel, celui des institutions, celui des usagers et celui des travailleurs pour créer un espace relationnel.

Ensuite, une autre particularité concerne la plasticité du cadre. Ce dernier doit être malléable mais solide, dans la mesure où il est impacté par un contexte mouvant. De plus, le cadre, les dynamiques relationnelles et la façon de communiquer s'influencent mutuellement. Les intervenants doivent faire preuve de créativité pour parvenir à entrer en relation avec les usagers. Puisqu'il n'y a souvent pas de demande d'accompagnement psychologique initiale, les travailleurs aménagent d'autres dispositifs que la psychothérapie. Cependant, dans un bureau et en rue, des entretiens sont possibles en fonction des situations et des personnes. Selon le lieu, la forme de l'entretien et la posture du travailleur diffèrent.

Dans le domaine de la précarité, la mobilité des professionnels est essentielle. Néanmoins, sans les quatre murs, il est alors d'autant plus important que l'équipe construise un espace interpersonnel sécurisé en son sein pour que les travailleurs puissent se sentir à l'aise et déposer leurs ressentis. Parfois, le psychologue est sollicité par une tierce personne pour aller à la rencontre d'un usager qui semble présenter un problème de santé mentale. Par ailleurs, le fait de se déplacer implique pour certains travailleurs de porter une marque d'appartenance à l'institution. Cela s'avère parfois inconfortable pour les usagers et les intervenants car cela peut venir entraver la création d'un lien aussi horizontal que possible.

Cette démarche d'aller vers ceux qui se tiennent à distance des institutions de soin requiert de réfléchir à une manière de les approcher et de susciter une demande. Il s'agit de respecter leur

rythme, leur refus, leurs défenses, leur temporalité, leur langage, leur espace, mais tout en prenant soin de la personne. Toutes ces contingences peuvent faire en sorte que le lien de confiance mette du temps à s'installer et que cela exige du professionnel qu'il se manifeste régulièrement. Ce travail de patience, de présence et d'engagement permet *in fine* de créer de la rencontre et d'aider la personne à recourir de nouveau à des services d'aide.

Au sein de la relation d'accompagnement, la dynamique relationnelle est influencée par diverses composantes. La langue ainsi que les autres moyens d'expression et de communication colorent la relation d'une façon particulière. Les intervenants sont amenés à s'adapter au langage de la personne et à trouver des canaux qui lui permettent de s'exprimer. La dimension corporelle est également un élément significatif puisque le corps des usagers traduit quelque chose de leur état psychique. Les travailleurs doivent être à même de prendre cela en compte dans la création du lien. Par ailleurs, il s'agit d'établir une certaine proximité avec les bénéficiaires et donner de soi-même pour pouvoir créer un lien avec eux, mais la distance doit être suffisante pour permettre à chacun de préserver son intégrité. Une autre composante est le travail social et l'utilisation d'outils servant d'interface à la création d'un lien. Avec des personnes en situation de précarité, il s'agit de répondre à leurs besoins primaires mais sans engendrer de dépendance aux services. L'idée est de s'attaquer aux problèmes de fond pour que l'individu puisse récupérer sa capacité à créer du lien ainsi qu'une certaine autonomie. Pour redonner une place à la personne au sein de la société, le rôle de l'intervenant est de lui faire comprendre qu'elle existe et qu'elle détient toujours des ressources.

Une autre particularité concerne le positionnement du psychologue par rapport à la crise, aux situations d'urgence et à la violence. Pour évaluer l'urgence d'une situation, certaines institutions se réfèrent à la notion de vulnérabilité de l'individu. Les travailleurs de terrain constatent qu'un nombre croissant de personnes présentant des troubles mentaux préoccupants se retrouvent en rue et peu d'entre eux se sentent compétents pour les prendre en charge. De plus, ils rapportent que les établissements sont trop peu nombreux et manquent de moyens humains et financiers. Le système n'est pas fait pour accueillir des personnes qui souffrent de ce type de problématiques de santé mentale et les accompagnants sont souvent confrontés à des obstacles. De plus, les mesures de mise en observation, les refus et les exclusions des institutions peuvent être très violents et stigmatisants pour les usagers. Par ailleurs, les intervenants ne sont pas dans une logique diagnostique et ils tentent de ne pas pathologiser les personnes qu'ils suivent. Leur objectif est de maintenir la relation, contenir la crise, aider à franchir les portes des institutions et faciliter les relais.

Néanmoins, travailler dans ce secteur sous-tend certaines difficultés pour les intervenants. Leur quotidien est éprouvant et les traumatismes de leurs bénéficiaires sont intenses. Certains peuvent ressentir une fatigue compassionnelle (Joinson, 1992, citée dans Zawieja, 2014). Ils ont parfois la sensation d'être impuissants lorsqu'ils observent des situations se dégrader sans pouvoir trouver de solution. Les frustrations sont également dues au fait que les travailleurs consacrent leur énergie à œuvrer pour une cause qui leur est chère mais ils sont freinés par des barrières structurelles et politiques. Ainsi, ils ne parviennent pas, à l'échelle du terrain, à avoir un impact sur le système en amont.

C'est alors que les intervenants mettent en place des stratégies, des « capacités d'agir » (Grimard & Zwick Monney, 2016), pour pouvoir continuer à évoluer dans cet environnement de travail. L'enjeu est de parvenir à se préserver, garder des moments de répit et créer du mouvement. Les travailleurs tentent d'établir un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, de se ressourcer, de gérer leur charge de travail. Aussi, les supervisions, les réunions d'équipe, les interventions et les formations permettent de fournir les nouveaux outils et de disposer d'espaces de réflexivité et de partage. Le fait d'avoir des collègues soutenant et fiables et de pouvoir collaborer avec le réseau pluridisciplinaire aide à élargir les possibilités d'action ainsi qu'à combler le manque de moyens.

D'après nos conclusions, les intervenants qui ont été rencontrés pour ce mémoire ont effectué une trajectoire personnelle et professionnelle qui les a conduits à déconstruire les mythes de leur discipline (Douville & Absi, 2011). Ils ont chacun vécu un parcours qui leur est propre et ont fait des rencontres qui les ont menés à travailler selon leur philosophie actuelle. Les réalités auxquelles ils ont été soumis ont transformé leur vision du monde et ont contribué à façonner leur posture. Ils se sont forgé une identité professionnelle singulière, en puisant dans des connaissances, en se basant sur leur intuition et leur sensibilité, en apprenant des autres (collègues et bénéficiaires) et en faisant preuve de créativité. Ainsi, les travailleurs se situeraient plutôt du côté d'une logique empirique.

Ces cheminements ont pu mener les praticiens à se départir entièrement du statut de psychologue ou à le conserver. Dans les deux cas, travailler en milieu précaire nécessite de redéfinir le champ des pratiques cliniques et appelle à sortir des normes de la psychopathologie actuelle. Cette dernière se cantonne encore trop souvent à soigner les conséquences d'une problématique plutôt que de s'intéresser aux causes individuelles, sociales et politiques qui reflètent la complexité de la souffrance psychique (Douville & Absi, 2011). En pratique,

l'enjeu pour les psychologues est également de déconstruire certains mythes et croyances auprès des usagers, afin d'être considérés comme des interlocuteurs valables et pouvoir créer un lien de confiance. Pour approcher les personnes décrochées et dont les problématiques reflètent les maux de la société, les intervenants doivent devenir des pys hors normes, marginaux.

Finalement, plusieurs pistes d'investigations futures peuvent être indiquées et la liste n'est pas exhaustive. Une première suggestion serait de réaliser une recherche plus approfondie sur l'accompagnement des personnes vivant en rue et présentant des troubles mentaux. Par ailleurs, il serait approprié d'entreprendre une étude exclusivement à propos des psychologues travaillant dans le secteur de la précarité mais sans être mobiles. Aussi, il pourrait être intéressant d'interroger les bénéficiaires sur leur perception du travail du psychologue et les attentes qu'ils ont par rapport à ces professionnels. Dans le même ordre d'idées, rencontrer d'autres professionnels du réseau afin de récolter leur avis sur la présence d'un psychologue au sein de leur équipe semblerait pertinent.

## 8. BIBLIOGRAPHIE

---

- Alcouloumbré, C. (2016). Errances en non-lieux et non-lieux de l'errance. *Empan*, 101(1), 112-118. doi: 10.3917/empa.101.0112
- Arveiller, J.-P., Magdeleinat, C., & Mercuel, A. (2016). De quelques questions soulevées par le fonctionnement des Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité. *Pratiques en sante mentale*, 62(4), 21-24. En ligne <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-pratique-en-sante-mentale-2016-4-page-21.htm>
- Bertaux, D. (2010). *Le récit de vie* (3e éd.). Armand Colin: Paris.
- Bertucci, M.-M. (2012). Le récit de vie, un processus réflexif à l'œuvre dans la production des savoirs. *Cahiers internationaux de sociolinguistique*, 2(1), 85-102. doi: 10.3917/cisl.1201.0083
- Blunsch Ackermann, M.-R. (2013). Exclusion et théologie. *Revue Quart Monde*, 2(226), 53-57. En ligne <https://www.revue-quartmonde.org/5590>
- Boinot, K. (2007). *La construction psychique de l'errance : Stratégies institutionnelles d'offres et de demandes* (Thèse de doctorat). Université Rennes 2. En ligne <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00199400>
- Butori, R., & Parguel, B. (2010). Les biais de réponse. Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *Association Française du Marketing*. En ligne <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228>
- Carrillo, J. (2012). *Comprendre l'exclusion sociale à la lumière de la reconnaissance : Réflexions théoriques sur l'approche d'Axel Honneth et illustration à partir d'une étude de cas à Bogotá* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon II. En ligne [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2012/carrillo\\_j#p=0&a=title](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2012/carrillo_j#p=0&a=title)
- Cazals-Ferré, M.-P., & Llorca, M.-C. (2004). Chapitre 2. Précarité et vulnérabilité : Notions et approches. In M.-P. Cazals-Ferré & M.-C. Llorca (Eds.), *Précarité et vulnérabilité psychologique* (pp. 29-40). Toulouse: ERES. doi: 10.3917/eres.tap.2004.01.0029

Commission des Psychologues. (s.d.). *Arrêté royal du 24 juin 2018 fixant les règles de déontologie du psychologue.*

En ligne [https://www.compsy.be/assets/images/uploads/code\\_de\\_deontologie\\_fr\\_2018.pdf](https://www.compsy.be/assets/images/uploads/code_de_deontologie_fr_2018.pdf)

Damon, J. (2012). *La question SDF : Critique d'une action publique* (2e éd.). Paris: Presses universitaires de France.

Declerck, P. (2001). *Les naufragés : Avec les clochards de Paris*. Paris: Plon.

de Gaulejac, V., & Legrand, M. (2008). *Intervenir par le récit de vie : Entre histoire collective et histoire individuelle*. France: Érès.

Dissez, N. (2006). Qu'est-ce que la santé mentale ? *Journal français de psychiatrie*, 27(4), 19-21. doi: 10.3917/jfp.027.0019

Douville, O. (2004). Exclusions et corps extrêmes. *Champ psychosomatique*, 35(3), 89-104. doi: 10.3917/cpsy.035.0089

Douville, O., & Absi, P. (2011). À propos de la formation en anthropologie des professionnels du soin psychique. *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 126-127, 293-310. En ligne <http://journals.openedition.org/jda/5570>

Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation* (CH. Odier & J. Odier, Trad.; 2016<sup>e</sup> éd.). G. Paquet. En ligne [http://classiques.uqac.ca/classiques/freud\\_sigmund/malaise\\_civilisation/malaise\\_civilisation.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/malaise_civilisation/malaise_civilisation.pdf)

Furtos, J. (2005). Introduction : Souffrir sans disparaître (pour définir la santé mentale au-delà de la psychiatrie). In *La santé mentale en actes* (pp. 9-38). Toulouse: ERES. doi: 10.3917/eres.laval.2005.01.0009

Furtos, J. (2009). Souvenirs et acquis de séminaires sur l'articulation de la santé mentale et de la précarité. *VST - Vie sociale et traitements*, 101(1), 10-15. En ligne <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-10.htm>

Furtos, J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet PSY*, 156(7), 29-34. doi: 10.3917/lcp.156.0029

- Furtos, J. (2012). Vivre l'engagement et le contre-transfert en société précaire. *Filigrane*, 21(1), 31-38. doi: 10.7202/1012880ar
- Gondard, É. (2017). La temporalité toxicomane : Du discours à l'identité sociale. *Sociétés*, 138(4), 41-52. doi: 10.3917/soc.138.0041
- Grimard, C., & Zwick Monney, M. (2016). Les capacités d'agir des travailleurs sociaux. *Pensée plurielle*, 43(3), 85-95. doi: 10.3917/pp.043.0085
- Hamidi, Z. (2014). *Vers une conceptualisation métapsychologique de l'errance psychique comme dynamique adaptative du sujet* (Thèse de doctorat). Université Nice Sophia Antipolis, France. En ligne <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00993227>
- Heenen-Wolff, S. (2020). *LPSYS2742 Clinique biographique et méthode du récit de vie*. Document non publié, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- Humphreys, D., Tsoni, E., & Pawlik, C. (2019). La relation à l'objet dans la clinique de la grande précarité : Une approche transversale. *Connexions*, 112(2), 199-210. En ligne <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-connexions-2019-2-page-199.htm>
- Jan, O. (2017). Psychologue en équipe mobile psychiatrie précarité : Freud à l'épreuve du trottoir ? *Psychologie Clinique*, 43(1), 96-108. En ligne <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-psychologie-clinique-2017-1-page-96.htm>
- Jobeir, H., Peton, G., Brigand, A., Chatain, C., Sass, C., & Moulin, J.-J. (2009). Soutien psychologique chez des personnes en fragilité sociale dans le cadre d'un examen périodique de santé. *Santé Publique*, 21(6), 619-630. doi: 10.3917/spub.096.0619
- Kovess-Masféty, V. (2001). *Précarité et santé mentale*. Rueil-Malmaison Cedex, France: Doin.
- La Rosa, E. (1998). *Santé, précarité et exclusion*. Paris: Presses universitaires de France. En ligne <http://hdl.handle.net/2078/ebook:158265>

- Laperche, A. (2019). *La souffrance psychique vécue en situation de grande précarité : Regard porté sur un monde d'errance au cœur des villes* (Travail de fin d'études). Institut Libre Marie Haps, Bruxelles.
- Laugier, S., & Molinier, P. (2009). Politiques du care. *Multitudes*, 37-38(2-3), 74-75. doi: 10.3917/mult.037.0074
- Lowenhaupt Tsing, A. L. (2017). *Le champignon de la fin du monde : Sur la possibilité de vivre dans les ruines du capitalisme*. Paris: La Découverte.
- Maisondieu, J. (2002). L'exclusion : Un processus mortel. *Études sur la mort*, 122(2), 85-91. doi: 10.3917/eslm.122.0085
- Martin, J.-P. (2009). Retour sur l'écoute de la précarité. *VST - Vie sociale et traitements*, 4(104), 113-119. En ligne <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-4-page-113.htm>
- Martouzet, D., Bailleul, H., Feildel, B., & Gaignard, L. (2010). La carte : Fonctionnalité transitionnelle et dépassement du récit de vie. *Natures Sciences Sociétés*, 18(2), 158-170. En ligne <https://www.cairn.info/revue-natures-sciences-societes-2010-2-page-158.htm>
- Mathieu, F. (2011). *L'errance psychique des sujets SDF : Le manteau cloacal, l'effondrement scénique et la séduction* (Thèse de doctorat en psychopathologie et psychologie clinique). Université Lumière Lyon II. En ligne <https://docplayer.fr/58896147-L-errance-psychique-des-sujets-sdf.html>
- Mellier, D. (2006). Précarité psychique et dispositifs d'intervention clinique. *Pratiques Psychologiques*, 12(2), 145-155. doi: 10.1016/j.prps.2006.01.008
- Mucchielli, L. (1998). *Clochards et sans-abri : Actualité de l'oeuvre d'Alexandre Vexliard*. 39(1), 105-138. doi: 10.2307/3322786
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain. *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1, 71-109. doi: 10.4000/enquete.263

- Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé* [Site mondial et officiel].  
En ligne <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Santé mentale : Renforcer notre action*. En ligne <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pégon, G. (2011). *Le traitement clinique de la précarité. Collectifs d'intervention, parcours de vulnérabilité, pratique de care. L'exemple du Carrefour Santé Mentale Précarité du département de l'Ain* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon II. En ligne [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2011/pegon\\_g#p=0&a=top](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2011/pegon_g#p=0&a=top)
- Petit, V., & Leroy, É. (2013). Être au plus près des personnes en situation précaire : Le travail en EMPP. *Le Journal des psychologues*, 312(9), 28-33. doi: 10.3917/jdp.312.0028
- Pitici, C. (2008). Errances et amarrages. *Le Journal des psychologues*, 263(10), 55-58. doi: 10.3917/jdp.263.0055
- Pitici, C., Mathieu, F., & Charreton, G. (2010). Un transfert sensoriel. La sensorialité comme amarrage et mode d'accès à la vie psychique chez les sujets gravement précaires ou SDF. *Bulletin de psychologie, Numéro 508*(4), 241-247. doi: 10.3917/bupsy.508.0241
- Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la Province du Luxembourg. (2015). *Loi de mise sous protection des malades mentaux*. En ligne <https://www.plateformepsylux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/la-plate-forme-de-concertation-en-sante-mentale/>
- Plouquet, C. (2009). Assistante sociale dans une équipe mobile : Quelle place pour quel rôle ? *VST - Vie sociale et traitements*, 101(1), 52-54. En ligne <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-52.htm>
- Priels, J.-M., Verhaegen, S., Gyselinck, P., & Miro, N. (2006). La pré-thérapie et le travail du contact. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 4(2), 46-61. doi: 10.3917/acp.004.0046

- Przewlocka-Alves, A., & Boussard-Lalauze, M.-F. (2011). Prendre soin de ceux qui ne demandent plus rien. *Le Coq-héron*, 206(3), 123-129. En ligne <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-le-coq-heron-2011-3-page-123.htm>
- Quesemand Zucca, S. (2009). *Je vous salue ma rue : Clinique de la désocialisation*. Paris: Stock. En ligne <https://ils.bib.uclouvain.be/global/documents/1634051>
- Rullac, S. (2006). *Critique de l'urgence sociale : Et si les SDF n'étaient pas des exclus?* Paris: Vuibert.
- Sarradon-Eck, A., & Farnarier, C. (2014). Les points rouges ou les critères de l'urgence dans une Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité. In G. Lachenal, C. Lefève, & V.-K. Nguyen (Eds.), *La médecine du tri : Histoire, éthique, anthropologie* (pp. 161-178). Paris, Les cahiers de Centre Georges Canguilhem N°6, Presses universitaires de France. En ligne <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02151614>
- Sein, L. (2020). Prise en charge de patients dans des lieux atypiques : Psychologue au sein d'une équipe mobile psychiatrie précarité. *Le Journal des psychologues*, 376(4), 22-27. En ligne <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-le-journal-des-psychologues-2020-4-page-22.htm>
- Stupfler, C. (2013). *Étude de récits de vie professionnelle d'enseignants du premier degré : Analyse du discours* (Mémoire). Université Montpellier II. En ligne <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00915011>
- Torterat, F. (2011). Le récit biographique en formation : Un discours professionnel valorisant les parcours. *Lidil. Revue de linguistique et de didactique des langues*, 43, 75-88. En ligne <http://journals.openedition.org/lidil/3110>
- Tournier, V. (2016). Habiter la marge. Entre création subjective et innovation sociale. *Le sociographe*, 53(1), XXV-XXXIV. doi: 10.3917/graph.053.0086
- Tudrej, B. V., Etonno, R., Martinière, A., Hervé, C., & Birault, F. (2018). Clinique de la précarité ? Réflexions éthiques et retour d'expériences autour d'un modèle de repérage

- des déterminants sociaux de la santé vers la santé publique clinique. *Ethics, Medicine and Public Health*, 6, 15-25. doi: 10.1016/j.jemep.2018.07.010
- Vanel, A., & Massoubre, C. (2011). Expérience en équipe mobile de psychiatrie et précarité. *L'information psychiatrique*, 87(2), 83-88. doi: 10.3917/inpsy.8702.0083
- von Peter, S., Bergstrøm, T., Nenoff-Herchenbach, I., Hopfenbeck, M. S., Pocobello, R., Aderhold, V., Alvarez-Monjaras, M., Seikkula, J., & Heumann, K. (2021). Dialogue as a Response to the Psychiatrization of Society? Potentials of the Open Dialogue Approach. *Frontiers in Sociology*, 6. En ligne <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fsoc.2021.806437>
- Vuillemenot, B. (1985). La genèse de « l'histoire de vie ». De l'enquête au texte. *Pratiques : linguistique, littérature, didactique*, 45(1), 65-80. doi: 10.3406/prati.1985.1335
- Wagener, M. (2018). Tout le monde peut se retrouver à la rue. In L. Pire (Ed.), *Pauvrophobie : Petite encyclopédie des idées reçues sur la pauvreté*. Bruxelles. En ligne <http://hdl.handle.net/2078.1/213532>
- Yahyaoui, A., Ben Hadj-Lakhdar, D., & Dubrez, H. (2006). Dysfonctionnement de l'environnement et travail en réseau : Approche clinique d'un lien social. *Pratiques Psychologiques*, 12(2), 177-190. doi: 10.1016/j.prps.2006.01.002
- Zawieja, P. (2014). Fatigue compassionnelle. In P. Zawieja & F. Guarnieri (Eds.), *Dictionnaire des risques psychosociaux* (pp. 316-319). Paris: Le Seuil. En ligne <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-00872292>
- Zeneidi-Henry, D., & Fleuret, S. (2007). Fixes sans domicile, réflexion autour de la mobilité des SDF. *L'Espace géographique*, 36(1), 1-14. doi: 10.3917/eg.361.0001





## Être psychologue en milieu précaire : aller vers autrui, créer du lien

### Élaboration de trajectoires professionnelles par le récit de vie

Alice LAPERCHE

Dans le secteur de la précarité, des psychologues interviennent sur le terrain afin d'accompagner des personnes en souffrance. Le plus souvent intégrés au sein d'équipes de travailleurs sociaux, ils évoluent dans un environnement pluridisciplinaire. La diversité des problématiques auxquelles se confrontent les bénéficiaires amènent les professionnels à trouver des ajustements. Les travailleurs doivent faire preuve de créativité dans leur pratique et avoir recours à différentes stratégies pour se préserver eux-mêmes de l'impact des difficultés émotionnelles éprouvées.

Ce mémoire a pour objectif de souligner certaines particularités du travail de psychologue avec des personnes en situation de précarité et de refléter la transformation d'identités professionnelles singulières au fil du temps. Par le biais de récits de vie professionnelle, les pratiques cliniques de cinq intervenants travaillant dans le champ de la précarité en Belgique sont présentées.

Ainsi, nous avons pu mettre en exergue que le travail de psychologue dans ce secteur nécessite de pouvoir alterner les rencontres à l'intérieur et en dehors des murs. Cela implique d'aller vers autrui et notamment vers les personnes les plus isolées.

Pour qu'un lien de confiance se tisse avec l'utilisateur, il s'agit de faire preuve de patience, de présence et d'engagement, tout en étant capable d'adapter son cadre à des temporalités différentes et des espaces changeants. En ce sens, la langue, les moyens d'expression et de communication, la dimension corporelle, la proximité, le travail social et l'utilisation d'outils servant d'interface à la création d'un lien, sont autant d'éléments qui entrent en jeu dans la relation d'accompagnement. Le défi est de parvenir à créer du lien avec les bénéficiaires mais également avec le réseau de professionnels pour ouvrir les possibilités d'action.

Avec ce travail, nous mettons également en évidence le positionnement des psychologues par rapport à la maladie mentale, à l'urgence et aux situations de violence.

Finalement, ce mémoire invite à questionner les mythes de la psychologie en tant que discipline, ainsi qu'à élargir le champ des pratiques cliniques.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

Place Cardinal Mercier, 10 bte L3.05.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | [www.uclouvain.be/psp](http://www.uclouvain.be/psp)