

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
FRÉDÉRIC DOUTRELEPONT

UN PSYCHOLOGUE EN CLSC
EXERÇANT AUPRÈS DES JEUNES DE LA RUE

JANVIER 2007

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Remerciements

Je désire exprimer ma très grande reconnaissance à ma directrice d'essai, Colette Jourdan-Ionescu, professeur au département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien, son ouverture d'esprit, sa grande disponibilité et ses conseils judicieux tout au long de la réalisation de cette recherche et de mes études doctorales.

Je tiens également à souligner ma profonde gratitude à mon conjoint José Boucher, qui depuis maintenant 13 ans, me soutient avec patience et intelligence tout au long de mes différents travaux de recherches cliniques et scientifiques. Sans son dévouement, je n'aurais pu être là où je suis présentement.

Merci à ma mère Andrée Snellings-Doutrelepont pour la lecture de ce document et pour son soutien tout au long de ce travail ainsi qu'à ma soeur Marie-Paule Doutrelepont et à mon frère Louis Doutrelepont. Même décédé, je tiens à offrir ma reconnaissance à mon père Louis Doutrelepont, qui à sa façon a fait de moi ce que je suis.

Je ne saurais passer sous le silence ma grande amie Karina Pourreaux qui grâce à ses encouragements, réflexions et commentaires a su rendre ce

travail compréhensible et plein de sens. De plus, des remerciements particuliers sont adressés à Lucie Biron, Joanna Broadhurst, Guylaine Cyr, Martine Jacques, André Pronovost, Éliane Lauzon, Christine Brassard et Marie-Claude Cardinal ainsi qu'à mon ancien employeur le CSSS Jeanne-Mance – CLSC des Faubourgs.

Sommaire

Cet article porte sur l'intervention psychologique auprès des jeunes de la rue et met en perspective les particularités du travail psychothérapeutique auprès de cette clientèle. Le présent article décrit la situation des jeunes de la rue à Montréal, expose les services qu'offre le CLSC des Faubourgs à ces jeunes et explicite le modèle d'intervention psychologique adopté par le psychologue travaillant au sein de cette clinique. Plus précisément, cet article fait ressortir l'importance pour le psychologue qui travaille auprès de la clientèle des jeunes de la rue d'intervenir dans la rue, dans les organismes et à la clinique du CLSC des Faubourgs. L'amorce du travail psychologique auprès des jeunes de la rue passe d'abord par un travail accordage entre le psychologue et le jeune. Une vignette clinique illustre le travail du clinicien auprès des jeunes de la rue. L'article permettra enfin d'offrir une réflexion sur le cadre thérapeutique et l'entrée en relation et le travail psychothérapeutique auprès des jeunes marginaux.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (art. 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publications d'une revue reconnue et approuvée par le Comité de Programme de Cycles Supérieurs en Psychologie.

Table des matières

Remerciements	ii
Page titre	1
Un psychologue en CLSC exerçant auprès des jeunes de la rue	2
Définition	2
La clinique pour les jeunes de la rue du CSSS Jeanne-Mance/CLSC des faubourgs	4
Historique	4
Services offerts	6
Composition actuelle de l'équipe	7
Le rôle du psychologue	7
Dans la rue	7
Dans les organismes	9
À la clinique	9
L'intervention psychologique	10
L'évaluation	10
Psychothérapie	11
Exemple clinique	13
La souplesse du cadre	15
Le double diagnostic	15
Collaboration et concertation	16
Contre-transfert	17
Conclusion	17
Références	18
Résumé	19
Abstract	20

Appendice A

Appendice A :	Normes de publication Revue québécoise de psychologie	20
---------------	--	----

Un psychologue en CLSC exerçant auprès des jeunes de la rue

Article publié dans

La Revue québécoise de psychologie

UN PSYCHOLOGUE EN CLSC EXERÇANT AUPRÈS DES JEUNES DE LA RUE

A PSYCHOLOGIST IN CLCS WORKING WITH YOUNG STREET PEOPLE

Frédéric Doutrelepont¹

Centre de santé et de services sociaux du Sud/Ouest – Verdun

L'intervention psychologique auprès des jeunes de la rue est marginale. Peu de psychologues interviennent auprès de cette population et les modes de pratique de la psychologie doivent être adaptés à cette clientèle. Le CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs², en offrant aux jeunes de la rue, une clinique adaptée à la réalité de cette clientèle répond à un besoin de plus en plus grandissant. Je ferai un bref survol de la situation des jeunes de la rue à Montréal et tenterai de décrire l'intervention psychologique offerte à cette clientèle. Pour ce faire, je présenterai les divers milieux dans lesquels j'interviens auprès de ces jeunes. Je tenterai de faire ressortir les particularités de l'intervention psychologique que ces différents espaces de travail imposent à ma pratique. De plus, j'insisterai sur l'importance du travail multidisciplinaire et sur les particularités des problèmes biopsychosociaux présentés par les jeunes de la rue. Finalement, je présenterai un exemple clinique afin de mieux cerner les différents enjeux que peut soulever le travail thérapeutique auprès d'un jeune de la rue.

Définition

Plusieurs auteurs du domaine des sciences humaines et du domaine médical se sont intéressés au phénomène des jeunes de la rue et ont tenté de cerner cette population. Mais aucune définition de ce que sont les jeunes de la rue ne fait consensus et ce phénomène social reste difficile à définir. Boivin, Roy, Haley et Galbault du Fort (2005) soulignent que les publications récentes dans le domaine des jeunes de la rue décrivent ceux-ci comme des personnes qui vivent ou travaillent dans la rue dans les grands centres urbains, et ce, avec des degrés d'itinérance plus ou moins variables. Différents auteurs du Québec considèrent que les jeunes de la rue sont en rupture de liens avec les systèmes social, institutionnel et familial traditionnel (Aubin, 2000; Bellot, 2001; Colombo, 2001; Doutrelepont, 2005; Noël, 2004; Parazelli, 1997, 2000, 2002). Ces auteurs ne s'intéressent pas uniquement aux jeunes qui vivent dans la rue. Ils nuancent ce phénomène en élargissant la définition des jeunes de la rue à : 1) ceux qui vivent dans la rue; 2) ceux qui se considèrent de la rue;

1. Adresse de correspondance : 400, rue de L'Église, Verdun (QC), H4G 2M4. Téléphone : (514) 766-0546, poste 2341. Courriel : frederic.doutrelepont.sov@ssss.gouv.qc.ca.

2. Note de la rédaction. L'auteur était psychologue au CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs depuis six ans lorsqu'il a écrit cet article.

Psychologue travaillant en CLSC et jeunes de la rue

3) ceux fréquentant les organismes s'y rattachant; 4) ceux qui ont un mode de vie marginal et 5) ceux qui sont en situation précaire et qui risqueraient de se retrouver dans la rue (Lapointe, 2002).

La rue est un milieu organisateur de pratiques, de rites et de rituels qui permet aux jeunes de se recréer une identité. Au sein du milieu familial, ils ne trouvent pas de valeurs qui leur ressemblent ou qui ont du sens à leurs yeux. Ils se retrouvent symboliquement avec une autre famille — celle de la rue — à laquelle ils s'identifient. En raison des rudes hivers québécois, les jeunes dorment très peu dans la rue. C'est pourquoi les jeunes qui transitent par Montréal durant l'été et qui dorment dans la rue, se retrouvent, une fois l'hiver venu, chez leurs parents, en appartement à plusieurs, chez des amis, en maison d'hébergement, dans l'Ouest canadien ou ailleurs dans le monde. Peu d'entre eux vont avoir un rythme de vie qui risque de se chroniciser vers l'itinérance. D'ailleurs, les jeunes de la rue ne se reconnaissent pas dans le style de vie des itinérants. Ils n'ont pas l'impression de faire partie de cette culture. Ils se conçoivent d'abord et avant tout comme des jeunes marginaux revendiquant des valeurs et un style de vie en marge de la société. Pour Bellot (2001), les jeunes sont de la rue lorsqu'ils fréquentent des quartiers qui sont le plus souvent des territoires où s'exprime et se vit la marginalité. Ces jeunes sont en rupture quasi totale avec le monde institutionnel et ont acquis un fort sentiment d'appartenance avec le milieu de la rue (Parazelli, 1996). Colombo (2001) nous fait réfléchir sur le fait qu'à part un accoutrement marginal ou l'image d'un jeune mendiant, peu d'éléments concrets nous viennent à l'esprit pour caractériser cette population. En somme, il n'est pas rare de rencontrer à notre clinique ceux que j'ai nommés *Les fantômes de la rue*. Ces derniers ont un aspect physique et une tenue vestimentaire propres aux jeunes de leur âge et passent souvent inaperçus dans la rue. Ils ont en apparence un style de vie moins marginal. Dans ce sens, ces jeunes sont plus à risque d'être exclus par les autres jeunes de la rue et se retrouvent facilement isolés.

Parazelli affirme que :

Définir les jeunes de la rue exige du chercheur qu'il distingue au moins trois niveaux de qualification du phénomène venant interférer dans l'exercice définitionnel lui-même : les jugements normatifs, les contextes sociohistorique et géographique et l'angle d'approche (comportements à décrire et à différencier ou dynamique de sens à comprendre et à expliquer). Cette triple considération dans l'étude du phénomène des jeunes de la rue rend complexe le travail de problématisation (2002, p. 52).

L'intérêt pour le phénomène des jeunes de la rue est relativement récent à Montréal. Il a pris naissance vers la fin des années 1980. En 2002, la Direction de la santé publique nous informait que 60 % des jeunes

de la rue venaient d'une famille à l'aise financièrement, que 70 % avaient déjà fait une fugue et que 60 % avaient déjà été expulsés de leur foyer, que 30 % avaient déjà vécu de la prostitution, que 60 % rapportaient consommer des drogues deux fois par semaine ou plus et que 40 % s'en injectaient, que 65 % avaient déjà eu des idées suicidaires et que leur taux de mortalité était estimé comme étant dix fois plus élevé que celui des autres jeunes Québécois du même âge.

L'étude de cohorte de Roy, Haley, Godin, Boivin, Claessens et Vincelette (2004) démontre que sur 813 jeunes de la rue recrutés à Montréal, 68,5 % étaient des garçons et 31,5 % des filles. L'âge moyen des jeunes était de 20,4 ans et la dispersion variait de 14 à 23 ans. Le tiers de l'échantillon résidait à Montréal lorsque ces derniers vivaient chez leurs parents. Au début de leur participation à l'étude, 13,7 % des jeunes allaient à l'école et 19,9 % travaillaient. Ces données nous démontrent bien que les auteurs semblent concevoir le phénomène des jeunes de la rue dans un sens large. Toutefois, 82,4 % des jeunes avaient été sans abri au cours des six mois précédant le début de leur participation à l'étude, et ce, pour un séjour dans la rue variant de moins d'une semaine à six mois. Il est important de considérer que 74,5 % des jeunes avaient déjà rencontré une travailleuse sociale, que 56 % avaient déjà été hébergés en centre d'accueil et que 44,2 % avaient déjà été en famille d'accueil ou en foyer de groupe. De plus, 36,3 % des jeunes auraient été abusés sexuellement. Une proportion de 59,5 % de ces jeunes avaient eu des pensées suicidaires alors que 38,1 % auraient déjà fait une tentative de suicide. En ce qui concerne la consommation de drogues, 39,2 % des jeunes auraient déjà fait une surdose et 67,4 % s'étaient retrouvés à l'hôpital pour cette raison. De plus, 45,9 % des jeunes se seraient déjà injectés au moins une fois des drogues. Comme on le sait, l'incidence de l'hépatite C et du VIH est généralement élevée chez les utilisateurs de drogues injectables et les auteurs relèvent que dans ce sens, 14,3 % des jeunes de la cohorte étaient porteurs de l'hépatite C et 0,9 % du VIH.

Ces chiffres inquiétants démontrent bien l'importance d'intervenir sur le plan biopsychosocial auprès des jeunes de la rue. L'utilité d'une équipe d'intervention multidisciplinaire dédiée spécifiquement aux jeunes de la rue ne fait donc plus aucun doute.

LA CLINIQUE POUR LES JEUNES DE LA RUE DU CSSS JEANNE-MANCE/CLSC DES FAUBOURGS

Historique

La clinique pour les jeunes de la rue du CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs a été mise en place durant l'été 2000 et a officiellement ouvert ses portes à l'automne de cette même année. Le point de départ de

Psychologue travaillant en CLSC et jeunes de la rue

la création de cette clinique émane d'une réflexion autour des résultats de la recherche de Roy, Boivin, Haley et Lemire (1998). Ces auteurs, concernés par l'évolution de l'infection au VIH et par les comportements à risque chez les jeunes de la rue de Montréal, ont démontré que ces derniers avaient un taux de mortalité estimé 13 fois plus élevé que celui des jeunes du Québec du même groupe d'âge. Cette situation, considérée comme alarmante par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, donna lieu en décembre 1998 au *Défi de l'accès pour les jeunes de la rue*, un avis du directeur de la santé publique sur la mortalité des jeunes de la rue à Montréal (Direction de la santé publique, 1998). Ce rapport fait état de la situation de ces jeunes, dresse un bilan des interventions possibles auprès de cette clientèle, des perspectives d'avenir et propose neuf recommandations dont celle de la création d'une équipe multidisciplinaire d'intervention dédiée aux jeunes de la rue du centre-ville de Montréal. C'est en lien avec une de ces recommandations que la clinique des jeunes de la rue du CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs a vu le jour. Cette équipe devait dispenser des services complémentaires à ceux que les organismes communautaires offraient déjà à cette clientèle. Elle devait avoir pour mission d'offrir des services de santé biopsychosociaux de première ligne dans un lieu fixe et d'être disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. À la suite de cette recommandation, trois CLSC ont proposé des scénarios de clinique d'intervention dédiée aux jeunes de la rue. Le CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs a été retenu en raison de sa situation géographique (centre-ville de Montréal), mais aussi en raison de la spécificité des équipes déjà en place dans l'établissement (itinérance, service migrant, etc.).

Au cours de l'été 2000, deux infirmières et un psychologue, l'auteur de cet article, ont été embauchés par le CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs pour donner vie à ce projet d'équipe consacré aux jeunes de la rue. Dans un premier temps, durant une période de trois à six mois, ces intervenants ont exercé un travail de rue et de proximité. Plus précisément, ils ont rencontré les organismes communautaires, les jeunes de la rue fréquentant ces organismes et les jeunes dans la rue afin de bien cerner les besoins et la culture de cette clientèle.

Tout au long de ce travail sur le terrain, les trois intervenants, en étroite collaboration avec la direction de l'établissement, ont organisé la clinique et ont mis en place les balises de leur travail. D'emblée, deux principes se sont imposés pour assurer le succès de l'équipe : 1) rester proche des jeunes et en contact avec leur culture de rue, 2) aller les rejoindre là où ils sont, soit dans les organismes communautaires et dans la rue. Il était devenu clair pour l'équipe que nous devions sortir d'un site fixe et aller intervenir de façon ponctuelle auprès des jeunes de la rue. Ce

travail d'apprivoisement mutuel semblait nécessaire à la réussite de nos interventions axées principalement sur la réduction des méfaits (la diminution des problèmes reliés aux styles de vie des jeunes de la rue). Les jeunes devaient ressentir que nous étions intéressés par leur réalité avant même de penser pouvoir *les attirer* vers un site fixe. Il en a été de même pour les intervenants du réseau communautaire. Avec eux, un travail d'apprivoisement a aussi été nécessaire. Nous avons dû faire notre place tout en respectant la leur, développer notre complémentarité et nos expertises respectives. Une fois ce travail sur le terrain effectué, la clinique pour les jeunes de la rue a pu ouvrir ses portes.

Services offerts

Située au 1250, rue Sanguinet à Montréal, la clinique pour les jeunes de la rue offre des services de santé et des services psychosociaux adaptés aux besoins des jeunes de la rue, des jeunes marginaux et à ceux qui vivent une situation qui risque de les conduire dans la rue. Ces jeunes doivent être âgés de 14 à 25 ans. Tous les jeunes y ont accès dans un délai raisonnable, peu importe qu'ils soient en transit sur l'île de Montréal — avec ou sans adresse de domicile — et ce, même s'ils ne possèdent pas de carte d'assurance-maladie. Les services de la clinique sont gratuits.

La clinique fait partie de la grande équipe Jeunesse du CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs. Les jeunes de la rue peuvent venir tous les jours, sans rendez-vous, pour des consultations sociales et pour des soins infirmiers entre 13 h et 17 h. Les médecins sont disponibles les mardis, les mercredis, les jeudis et les vendredis sur ou sans rendez-vous. Les dentistes sont accessibles les lundis et les vendredis sur ou sans rendez-vous de 13 h à 17 h. Les psychologues dispensent des services uniquement sur rendez-vous, et ce, du lundi au vendredi.

En plus des services mentionnés ci-dessus, les jeunes ont accès sans rendez-vous, du lundi au vendredi après-midi, à une douche, à une tondeuse pour cheveux, au service de dépannage de médicaments et à une ligne téléphonique, et ils peuvent se procurer des sous-vêtements neufs et des rasoirs. Ils ont aussi accès à tous les autres services du CLSC (service migrant, services pour l'obtention de la carte d'assurance-maladie pour les sans-papiers, etc.). Il est important de spécifier que la clinique n'est pas un centre de dépannage ou un centre de jour. Les animaux ne sont pas acceptés, principalement pour des raisons d'hygiène et de sécurité. Les jeunes ne peuvent pas flâner dans les lieux et une fois leurs besoins satisfaits, ils doivent repartir.

Psychologue travaillant en CLSC et jeunes de la rue

Composition actuelle de l'équipe

Grâce à la réflexion et aux remises en question incessantes des intervenants de même qu'à l'évaluation attendue des besoins des jeunes de la rue, l'équipe a grandi. Elle est maintenant constituée de deux infirmiers (plein temps), de deux psychologues (un à plein temps et l'autre à deux jours par semaine depuis octobre 2002), de trois médecins (comblant quatre après-midi par semaine), d'une commis¹ (cinq après-midi par semaine), d'une travailleuse sociale (trois après-midi par semaine), d'un organisateur communautaire (un jour par semaine), de deux dentistes (assurant chacun un après-midi par semaine) et d'une paire-aidante² (deux jours et demi par semaine).

Les membres de l'équipe offrent également des services de consultation clinique, de consultation individuelle ou de consultation de groupe aux intervenants qui travaillent auprès des jeunes de la rue. Ces dernières rencontres permettent de dénouer des situations parfois complexes et de créer des liens de partenariat entre intervenants. Au besoin, l'équipe peut organiser des ateliers de formation sur divers enjeux touchant les jeunes de la rue et donner des conférences axées sur le modèle d'intervention et d'organisation de la clinique.

LE RÔLE DU PSYCHOLOGUE

Le rôle du psychologue au sein de cette équipe s'est précisé au fil des années. En accord avec la philosophie d'intervention développée dans notre équipe, les psychologues interviennent auprès des jeunes à la fois dans la rue, dans les organismes communautaires et à la clinique.

Dans la rue

Le travail du psychologue dans la rue en est un d'appropriation mutuel. Pour intervenir adéquatement auprès des jeunes de la rue, le psychologue doit se familiariser avec la culture de la rue. Ce monde si différent de notre société traditionnelle nécessite d'être côtoyé afin de bien en saisir les enjeux. Plus précisément, la culture de rue nous demande d'être sensible à des réalités telles que la toxicomanie, la prostitution, la mendicité, l'errance et la violence, tandis que le style de vie dans la rue nous confronte au manque d'intimité, au rythme de vie décousu, à des

-
1. Les tâches de la commis sont d'accueillir les jeunes, de s'assurer qu'ils sont au bon endroit, de les référer au besoin, de veiller à l'harmonie dans la salle d'attente, de prendre les rendez-vous, etc.
 2. La paire-aidante est une ex-jeune de la rue qui, après avoir suivi une formation, aide à son tour des jeunes de la rue. Ses interventions auprès des jeunes se font autant dans la rue que dans les organismes ou à la clinique. La paire-aidante, de par son vécu, entre plus facilement en relation avec les jeunes. Elle est pour notre organisme un pont important entre les jeunes de la rue et notre clinique.

problèmes d'hygiène et de salubrité. Le psychologue qui va à la rencontre des jeunes dans cet espace touche à un univers culturel déconcertant. Sa présence dans la rue lui permet de se familiariser avec une partie de cette culture et de créer des liens privilégiés avec certains jeunes, et d'éveiller la curiosité chez d'autres. Pour Jourdan-Ionescu, cette façon d'entrer en relation avec l'autre fait appel au concept d'accordage (2001). Elle définit ce concept comme l'adaptation et la modulation de l'intervention par rapport à la personnalité, au style de vie et aux différents enjeux, aux problèmes et projets d'une personne en recherche d'aide. Cette modulation de l'intervention qualifie le lien qui se tisse entre les différents acteurs. L'accordage permet une meilleure relation entre les deux partenaires et une meilleure compréhension de la situation vécue par la personne auprès de laquelle on intervient.

Toutefois, la rue n'est pas un endroit pour exercer la psychothérapie. L'espace mouvant et les frontières perméables de ce milieu ne permettent pas d'établir un cadre de base propice au travail thérapeutique. La rue est un lieu qui permet de faire connaître à des jeunes, souvent résistants, la profession de psychologue et de démystifier ce travail. La présence du psychologue dans la rue est généralement bien perçue et bien accueillie. Ce geste marginal d'être dans la rue favorise l'approvisionnement des jeunes et invite au rapprochement et à l'accordage. En effet, ces jeunes sont distants, sceptiques, mais curieux et surtout ouverts à la marginalité et aux pratiques non traditionnelles.

Dans la rue, je présente les services de la clinique, j'explique le rôle du psychologue et j'invite les jeunes à venir nous rendre visite. Le travail de rue ne se fait jamais seul. Généralement, je suis accompagné d'une infirmière. Nous avons, par moment, à exercer des interventions ponctuelles conjointes. Un jour, un jeune de 18 ans gisait par terre. Il venait de faire une surdose. Il était entouré de ses amis paniqués, inquiets, intoxiqués et ne sachant que faire. Eux aussi avaient consommé la même substance, mais la supportaient différemment. Pendant que ma collègue s'occupait de prendre les signes vitaux du jeune, je tentais de gérer la crise de ses amis. Le jeune fut transporté en ambulance à l'hôpital alors que l'infirmière et moi sommes restés quelque temps auprès des autres jeunes afin de nous assurer de leur condition physique et psychologique. Cette situation tragique nous a toutefois permis d'établir des liens. À la suite de cet événement, certains jeunes sont venus consulter à notre clinique pour des services de santé et de psychologie.

Toutefois, le travail du psychologue dans la rue ne doit aucunement se substituer à celui des travailleurs de rue. Ces derniers tissent des liens privilégiés avec les jeunes et développent des relations d'intimité très significatives avec ceux-ci. Ils deviennent des agents de liaison

Psychologue travaillant en CLSC et jeunes de la rue

inestimables pour les professionnels de la santé. Le psychologue dans la rue est généralement là pour initier le contact avec les jeunes et pour s'imprégner de la culture de la rue.

Dans les organismes

Les organismes (maisons d'hébergement, centres de jour, Centres jeunesse, etc.) offrent l'occasion de rencontrer les jeunes de la rue dans un milieu de vie déjà mieux encadré que celui de la rue. Cette structure plus *contenante* permet au psychologue d'intervenir plus intimement avec le jeune. Il est alors possible de réaliser des rencontres de groupe et des rencontres individuelles auprès de cette clientèle. Généralement, ce sont des rencontres de prise de contact ou des évaluations qui sont amorcées au sein des organismes. Par la suite, le travail de psychothérapie se poursuit à la clinique pour les jeunes de la rue. Le psychologue permet aux jeunes d'établir un contact, de prendre un rendez-vous et leur donne l'occasion de se familiariser avec son travail.

L'expérience de notre équipe démontre que le fait de prendre contact avec les jeunes dans leur milieu de vie semble inciter certains jeunes à envisager un processus thérapeutique. Le nom du psychologue n'est plus anonyme. Il a maintenant un visage, et un début de relation est amorcé. Dans les organismes, les intervenants s'adressent également au psychologue de l'équipe pour qu'il dispense des sessions de formation, qu'il offre de la supervision de groupe ou de la supervision individuelle ou pour travailler avec eux sur des thèmes en lien avec la confidentialité et la tenue des dossiers. L'étroite collaboration, le travail en partenariat et la concertation des intervenants travaillant auprès des jeunes de la rue semblent faciliter une meilleure prise en charge par le jeune de sa santé physique et psychologique.

Maintenant que nos services sont bien connus des jeunes et des organismes communautaires, j'ai réduit mon temps de présence dans la rue et dans les organismes. J'y consacre uniquement quelques heures par semaine. Cependant, cette pratique me semble essentielle pour rester en contact avec la réalité de la rue et pour créer des liens privilégiés avec certains jeunes qui, autrement, ne viendraient pas consulter. La majorité de mon temps est donc consacrée à la pratique de la psychothérapie en CLSC.

À la clinique

À la clinique, nous recevons uniquement les jeunes pour des évaluations et pour des suivis psychologiques. Les jeunes peuvent faire des demandes pour un suivi individuel, un suivi de couple ou de famille. Les clients peuvent être référés par des amis, des intervenants, des

RQP, 27(2)

ressources communautaires, des travailleurs de rue, d'autres professionnels de la santé. Ils peuvent venir consulter simplement parce qu'ils m'ont rencontré en dehors de la clinique. Ils consultent tous de façon volontaire.

Les problèmes d'abandon, d'attachement, de toxicomanie, de dépression, de psychose, etc., des jeunes rencontrés ne peuvent pas, à mon sens, être pris en charge dans un maximum de 12 à 15 rencontres. Afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle, j'offre un cadre thérapeutique souple à l'intérieur duquel il est possible de venir se déposer le temps requis.

L'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE

L'évaluation

Dès la première rencontre j'explique le cadre thérapeutique (durée, fréquence, rendez-vous manqués, approche, etc.), la confidentialité et ses limites, la tenue de dossier et l'accessibilité à celui-ci et le consentement éclairé. Le client est généralement rencontré une fois par semaine, et ce, durant 50 minutes. S'il se présente en retard à la séance, nous finissons quand même à l'heure prévue. Dans l'éventualité où un client ne se présente pas à son rendez-vous, je l'invite à me contacter pour en prendre un autre. Si après une semaine je n'ai pas eu de ses nouvelles, je tente de le contacter. Même lorsqu'un client dort dans la rue, je peux, avec l'aide des travailleurs de rue, le rejoindre. Les règles et les limites de la confidentialité sont expliquées au client. Le client est informé que son dossier, dans notre institution, est un dossier commun où chaque professionnel est tenu de consigner les interventions prodiguées à son égard. La notion de confidentialité est élargie à l'ensemble des membres de l'équipe et j'informe le client que nous pourrions, entre professionnels du même établissement, échanger de l'information pertinente à son sujet.

Lors des entrevues d'évaluation, l'information (psychologique, sociale et médicale) pertinente à la compréhension de la problématique et du fonctionnement intrapsychique du client est colligée. Le processus d'évaluation prend en moyenne quatre rencontres. Ces rencontres sont semi-dirigées et le psychologue peut recourir à des tests psychologiques selon les besoins et la difficulté présentée. L'usage des tests psychologiques est relativement récent au CLSC étant donné les réticences administratives qui régnaient au sein de l'organisation. Plus précisément, l'administration était soucieuse que nous ne devenions pas des experts de l'évaluation, et ce, au détriment de notre rôle de psychothérapeute. Les tests administrés sont généralement des outils de mesure de la personnalité, de l'intelligence, de la dépression, des troubles anxieux, etc. Afin de garantir au maximum le succès dans l'analyse et

Psychologue travaillant en CLSC et jeunes de la rue

l'interprétation de ces tests, un psychologue chevronné supervise mon travail d'évaluation. Une fois l'évaluation complétée, je transmets au client mes interprétations et je lui fais part du plan d'intervention élaboré auquel il devrait souscrire et consentir. Nous convenons ensemble des objectifs de la thérapie. En cours de traitement, nous réévaluons la situation et modifions les objectifs de thérapie si nécessaire. Ces objectifs seront généralement réévalués aux trois mois avec le client.

En plus de ses difficultés sur le plan psychologique, le client fait souvent face à d'autres problèmes qui ne relèvent pas du domaine de la psychologie. En ce sens, et afin d'optimiser le succès thérapeutique, le client doit être référé au bon intervenant. Ceci facilite la compréhension du motif de la référence et apporte un soutien au client. Mais comment bien intervenir? Lors du processus d'évaluation, il est donc fréquent que le client soit référé à un autre intervenant (médecin, dentiste, psychiatre, infirmier, travailleur social, etc.). Le fait de travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire facilite cette référence. Lors de la référence, il est important également de prendre contact avec l'intervenant concerné.

Psychothérapie

Qui est vraiment la personne que je rencontre? Comment entrer en relation avec l'autre pour qu'il entre à son tour en relation avec moi? Comment l'aider à donner un sens à sa souffrance, à ses angoisses, à ses questionnements, à ses peurs? Comment être proche sans l'être trop? Comment apaiser, contenir, réguler, éduquer, enseigner, référer, etc., sans être menaçant, persécutant, omnipotent?

La règle de base de mon travail thérapeutique réside dans l'importance des *frontières*. Les frontières dans la rue sont si souvent perméables qu'il devient primordial, pour faciliter une organisation intrapsychique, d'en ériger dans le suivi individuel avec le client et surtout, de maintenir une distance avec l'autre : ni trop proche, ni trop loin. Je dois être en mesure de jauger constamment l'impact que ma distance peut avoir sur l'autre. Cette distance ne prend pas forme seulement dans l'organisation spatiale du lieu thérapeutique et dans la distance physique maintenue entre le client et son thérapeute. Elle se joue aussi à un niveau impalpable. Elle peut être transgressée par le toucher, la parole ou les non-dits. Un regard charmeur peut être tout aussi intrusif qu'une situation de proximité physique. Les frontières explicites et implicites, qui prennent place dans le cadre du travail thérapeutique, me semblent la base de la relation thérapeutique. Les frontières sont d'abord déterminées par le cadre thérapeutique. Je conviens avec mon client de certaines modalités (rythme des rencontres, fréquence, durée, lieu, etc.) qui assurent un certain contenant aux séances et qui permettent une certaine distance entre l'autre et moi. Ce contenant doit être souple. Le cadre thérapeutique

ne veut pas dire rigidité thérapeutique, mais rigueur dans l'intervention. La distance doit s'ajuster au besoin du client et avoir du sens dans le processus thérapeutique. Je peux, dans des situations bien précises, sortir du cadre convenu sans mettre en jeu les frontières et sans briser le cadre. Par exemple, je continuerais le suivi des séances avec mon client s'il était hospitalisé. Nous modifierions le cadre, mais nous garderions une distance. Je lui tiendrais la main dans les derniers instants de sa vie s'il me le demandait. Je proposerais de lui tenir la main si je le jugeais pertinent ou je serais hypervigilant pour que mon client ne se sente pas envahi par mes attitudes professionnelles. Dans la rue, les jeunes sont sans cesse envahis. La notion de distance dans la rue perd son sens et les jeunes adoptent d'autres repères dans lesquels l'intimité n'existe plus. L'alliance thérapeutique réside selon moi dans ma capacité à maintenir une relation non envahissante avec l'autre. C'est une relation où le client se permettra d'être à sa façon en lien avec moi et où j'accueillerai ses besoins tout en maintenant un cadre contenant.

Le client remet en scène, au cours des séances, des expériences de vie. Il joue et rejoue sa vie. Il expérimente et teste son rapport à l'autre. Il teste les frontières, les limites, les interdits. Il cherche une structure à son intérieur. Cette structure, je peux l'aider à la construire. Je lui permets de déposer ses questionnements, interrogations, angoisses, peurs, craintes, insécurités, etc., dans un environnement sécuritaire et circonscrit. Je lui donne l'occasion d'être écouté et pris en considération. Je souhaite lui offrir un espace où il peut sentir qu'il existe, un endroit où il peut se déposer sans sentir qu'il sera jugé, un lieu où les pensées les plus absurdes peuvent être exprimées, un lieu où il pourra trouver un sens à son existence et se donner une valeur, un espace où — même halluciné, intoxiqué, agressif — il pourra s'exprimer. Par contre, mon intégrité physique et psychologique doit être préservée. Dans une situation où le client tenterait de m'agresser, je mettrais fin à la rencontre.

Mon emploi auprès des jeunes de la rue a modelé ma façon de pratiquer la psychologie. À bien des égards, afin de répondre adéquatement aux besoins des jeunes, je me dois d'élargir mon champ d'intervention. Plus précisément, et dans bien des situations, je me retrouve à faire des démarches que certains de mes collègues qualifient de travail social. Il n'est pas rare que je soutienne mes clients dans leurs démarches scolaires ou leurs démarches d'emploi. L'implication du psychologue auprès de son client peut aussi se démontrer dans des gestes concrets. Je conçois qu'il est de mon devoir d'intervenir auprès de certaines instances afin de faciliter pour les jeunes de la rue l'accès à certains services. Il me paraît opportun dans mon rôle de soutenir et d'encourager le jeune qui souhaite s'actualiser. Bien des jeunes que je rencontre ont des besoins concrets tels que se loger, se nourrir et se laver.

Psychologue travaillant en CLSC et jeunes de la rue

La démarche psychologique peut aussi se concrétiser par une prise en charge conjointe, entre le jeune et moi, de ses besoins primaires. Le sens de la démarche psychologique émane de la demande du client. Il est de mon devoir de bien cerner la demande du client et de voir avec lui ce qui pourrait être mis en place pour le soulager. Il est important de bien saisir ce qui a déjà été fait et qui n'a pas fonctionné dans les démarches auprès d'autres intervenants, et ce, afin de ne pas répéter les mêmes erreurs ou les mêmes actions.

Le client est au centre du processus thérapeutique. Il est comme un voilier sur l'eau. Pour bien avancer, il a besoin de bonnes voiles, de bons instruments de mesure, d'un bon gouvernail, de bons cordages, d'un mat solide et d'une bonne coque. L'être humain a aussi besoin d'une structure interne solide pour avancer. Il doit avoir de bonnes ressources physiques et psychologiques pour s'épanouir et s'actualiser. Toutefois, le voilier sans eau ne peut avancer; sans vent, il stagnera dans les rochers, où il pourra même se briser. Sans quai pour s'amarrer, il ne pourra refaire le plein. L'humain n'est-il pas identique? Son environnement influencera aussi son développement et son avancement. Il pourra, comme le voilier, faire face à des tempêtes, des intempéries et des hauts-fonds. Il pourra voguer en eaux tranquilles ou en eaux troubles. Le thérapeute est comme le quai. On vient y accoster dans les moments de mauvais temps, de ravitaillement, d'insécurité et de réparation. Le thérapeute se doit toutefois d'offrir un quai stable, où il y a possibilité de s'amarrer solidement. On doit pouvoir y rester le temps nécessaire avant de larguer les amarres pour repartir vers le large.

EXEMPLE CLINIQUE

Caroline¹ est une jeune femme de 21 ans souffrant d'un trouble de la personnalité limite et d'abus de substance (alcool, cannabis et ecstasy). Caroline vit actuellement dans une ressource d'hébergement pour les jeunes de la rue. Elle est sans revenu et fait des démarches pour obtenir des prestations de la Sécurité du revenu. Caroline est célibataire et se définit comme homosexuelle. Elle nous a été référée par un travailleur de rue qui la rencontre lorsqu'elle fait du *squeegee* ou quête dans la rue. La cliente consulte l'équipe de jeunes de la rue pour des idéations suicidaires, des passages à l'acte agressifs envers autrui et des gestes d'automutilation. Elle s'automutile les bras et les jambes avec des lames de rasoir, laissant par endroits des cicatrices. Elle a déjà eu des points de suture. Caroline dit qu'elle a commencé à se lacérer les membres vers l'âge de 12 ans. Elle s'explique son comportement comme un palliatif de la douleur physique et psychologique que sa mère lui infligeait. La cliente a

1. Pour respecter la confidentialité des données, le prénom ainsi que certains renseignements ont été modifiés.

déjà été hospitalisée en psychiatrie pour des idéations suicidaires, et ce, pour des périodes allant jusqu'à un mois. Son orientation sexuelle ne semble pas lui poser problème. Toutefois, elle décrit le moment de son dévoilement à ses parents, à l'âge de 17 ans, comme celui qui l'a amenée dans la rue. Sa mère lui aurait demandé de quitter la maison à la suite de l'annonce de son orientation sexuelle. Caroline s'est alors retrouvée dans la famille d'une copine de classe pendant quelques semaines, le dialogue avec ses parents étant complètement rompu. Toutefois, Caroline gardait un contact régulier avec sa grand-mère maternelle. Elle lui parlait au téléphone au moins quatre fois semaine. Elle lui rendait visite à sa maison de retraite toutes les deux semaines. Caroline se sentait comprise et respectée par sa grand-mère.

Caroline est l'aînée, elle a un jeune frère de 16 ans. Elle rapporte avoir toujours senti qu'elle n'avait pas été désirée et que son frère bénéficiait de privilèges. Elle raconte avoir été régulièrement frappée par sa mère, à un point tel qu'à l'âge de 14 ans, la Protection de la jeunesse aurait placé Caroline en Centre jeunesse pour une année, et ce, après une bagarre ayant nécessité l'hospitalisation de Caroline pour une fracture du nez. La mère ayant suivi une thérapie, Caroline avait pu revenir dans son milieu familial à l'âge de 15 ans. Elle décrit son père comme un homme passif et soumis. Elle ne s'est jamais sentie protégée par lui.

Caroline aurait commencé à consommer des drogues lors de son séjour au Centre jeunesse. Durant cette période, elle a fugué à quelques reprises et s'est retrouvée dans la rue pour des périodes de trois ou quatre jours. À ces moments, elle a, pour adoucir la rudesse de la vie dans la rue, consommé de l'alcool et des drogues. La cliente ne s'est jamais injecté de drogues. À deux reprises, elle dit avoir eu recours à la prostitution pour s'acheter de la drogue.

Caroline avait très peur des psychologues. Ses hospitalisations en psychiatrie et son séjour en Centre jeunesse l'avaient confrontée à ce type de professionnel. Elle dit ne pas avoir été comprise et avoir été stigmatisée, surtout à cause de sa consommation et de son orientation sexuelle. Elle a eu l'impression qu'à bien des égards on ne la voyait que comme une toxicomane. Elle se souvient qu'on lui a dit à plusieurs reprises : « Cesse de consommer et tout ira bien ». Toutefois, elle sentait au fond d'elle que la consommation était une forme d'auto-traitement qu'elle s'administrait. Consommer la calmait. Les spécialistes ne voulaient pas lui prescrire de médicament tant que sa consommation n'avait pas cessé.

La référence de cette cliente à notre clinique a été difficile. Elle était méfiante, suspicieuse quant à l'aide que nous pouvions lui offrir. En quoi

Psychologue travaillant en CLSC et jeunes de la rue

un autre établissement du Réseau de la santé et des services sociaux serait-il différent de tout ce qu'elle avait connu auparavant? En plus du travailleur de rue, un intervenant d'une maison d'hébergement pour jeunes de la rue a pris contact avec moi pour me parler de cette jeune femme. Il reconnaissait la souffrance de cette dernière, mais se sentait démuni quant à l'aide qu'il pouvait lui apporter. Étant donné la résistance de la cliente, nous avons convenu que je me déplacerais à la maison d'hébergement pour établir un premier contact avec elle. Après quelques visites de ma part à la maison d'hébergement, Caroline a accepté de me rencontrer individuellement pour une première fois sur son terrain. Nous avons donc fait connaissance plus en profondeur lors d'une rencontre individuelle. À la suite de cet entretien, Caroline a décidé de venir me rencontrer au CLSC pour une seconde fois et ensuite d'amorcer un suivi individuel.

Elle est en suivi psychologique depuis maintenant deux ans et demi, et ce, à raison d'une fois par semaine. La cliente a été rencontrée jusqu'à trois fois par semaine durant des périodes de grande fragilité psychologique au cours desquelles elle a présenté des idéations suicidaires importantes avec un risque élevé de passage à l'acte.

La souplesse du cadre

Dès les premières rencontres, Caroline a mis à l'épreuve les limites du cadre thérapeutique et notre relation de confiance. À plusieurs reprises elle s'est présentée intoxiquée aux séances, mettant à l'épreuve notre lien. J'ai toléré son intoxication. Je lui ai permis d'être là, dans sa souffrance et avec sa réalité. Impuissant, je me devais d'être patient et contenant. À mon sens, les toxicomanes doivent profiter d'un espace thérapeutique où, même intoxiqués, ils pourront être accueillis. Cette souplesse du cadre a permis à Caroline de se déposer à son rythme dans un lieu sécuritaire et physiquement circonscrit. Elle avait besoin de me mettre à l'épreuve, de savoir jusqu'où je tolérerais sa souffrance. À plusieurs reprises, dans son lien avec d'autres intervenants, elle s'est sentie rejetée et abandonnée. Elle semblait chercher à provoquer ce même scénario dans nos rencontres. En plus de l'intoxication qui mettait notre lien à l'épreuve, Caroline, en début de suivi, a manqué plusieurs rendez-vous sans donner signe de vie, est arrivée en retard et a même parfois quitté les séances avant la fin. La compréhension de la dynamique de la cliente et de son mode de vie m'a permis d'être là et de rester là, durant les mois où notre rapport fut mis à dure épreuve.

Le double diagnostic

La clientèle des jeunes de la rue fait souvent face, sur le plan de la santé mentale, à un double diagnostic psychiatrique : trouble de la personnalité concomitant d'un abus de substances et d'une dépendance

aux drogues ou à l'alcool. C'est effectivement le cas de Caroline. L'intervention psychologique auprès de cette clientèle nécessite une bonne compréhension de l'étiologie des symptômes psychopathologiques. Très souvent, l'inadéquation de nos interventions réside dans la difficulté de saisir le sens des symptômes psychologiques et de la toxicomanie. Comme dans le cas de Caroline, il est courant que la toxicomanie soit un palliatif de symptômes psychologiques difficilement diagnostiqués et traités. Il n'est pas rare de voir des jeunes de la rue, souffrant de stress post-traumatique, d'anxiété, de troubles de la conduite, d'impulsivité, d'agressivité, de dépression, etc., *s'automédicamentent* afin de réduire leurs souffrances. Dans de telles circonstances, il est primordial de mettre à profit la compétence des autres professionnels pour faciliter l'accès au traitement du client. Ainsi, après quelques semaines de suivi thérapeutique, Caroline a accepté de rencontrer l'équipe médicale (infirmière, médecin et psychiatre) afin que soit évaluée la possibilité d'une médication pouvant l'aider à gérer ses tensions internes et ses passages à l'acte agressifs et suicidaires.

Collaboration et concertation

Lorsque nous travaillons avec une clientèle présentant des troubles de santé mentale, de la toxicomanie et des difficultés sociales (isolement, prostitution, vie dans la rue, etc.), c'est un non-sens de penser pouvoir être d'une aide significative si nous ne travaillons pas en concertation avec les autres intervenants gravitant autour du client et en collaboration avec les autres professionnels de la santé. Caroline est un exemple probant de l'importance de ce type de travail. Le contexte d'une équipe multidisciplinaire facilite le travail de collaboration et de référence avec les autres professionnels de la santé. Un psychologue qui se retrouverait isolé avec une cliente comme Caroline risquerait de mettre en péril son suivi psychologique et sa propre santé mentale. Il est essentiel de sentir que l'on peut référer au besoin notre client et que d'autres professionnels peuvent nous épauler dans notre travail auprès de cette population.

Pour Caroline, la référence ne s'est pas faite uniquement vers le corps médical. Après une année de suivi, elle a entamé des démarches concrètes pour retourner à l'école. En collaboration avec la travailleuse sociale de notre équipe, nous avons soutenu Caroline dans ses actions.

Actuellement, elle termine des études collégiales en technique d'éducation spécialisée, bénéficie des prêts et bourses et travaille une journée par semaine dans une épicerie biologique. Elle vit en appartement supervisé. Elle ne se sentait pas prête à vivre dans un logement sans un minimum d'encadrement. Depuis six mois, elle a une conjointe et envisage d'emménager avec celle-ci. Caroline se dit prête à affronter ses craintes de l'intimité et de l'attachement. Elle a réduit considérablement sa

Psychologue travaillant en CLSC et jeunes de la rue

consommation et se limite à une consommation sociale d'alcool lorsqu'elle sort avec des amis. De plus, elle rapporte qu'elle sait se contrôler et qu'elle n'a plus besoin de boire au point d'être ivre. Elle consomme du cannabis uniquement les fins de semaine. Elle tente du mieux qu'elle peut de réduire les méfaits de sa consommation et essaie que cela nuise le moins possible à ses études et à son traitement psychopharmacologique. Caroline a très peu de contact avec sa famille. Elle parle à ses parents par téléphone, mais ne se dit pas prête à les rencontrer. Toutefois, son lien avec sa grand-mère perdure. Elle se sent très attachée à elle. Elle raconte que c'est la personne la plus significative dans sa vie. Elle dit lui devoir la vie car à bien des égards, l'intériorisation de ce lien lui a permis de se raccrocher à la vie et de persévérer. Depuis un an, Caroline n'a plus aucun geste d'automutilation ni de pensées suicidaires. Elle explique que le suivi thérapeutique lui a permis d'avoir confiance envers le monde extérieur, de s'attacher à quelqu'un, de tolérer l'intimité et de ressentir qu'il était possible d'être proche sans risquer d'être abandonnée ou rejetée.

Contre-transfert

Les jeunes de la rue suscitent à bien des égards une attitude de mise à distance lors du processus thérapeutique. Lorsque le client se présente avec une odeur répulsive (sentant fort l'alcool, avec une mauvaise haleine) et des vêtements souillés, cela risque d'entraîner un mouvement de recul de la part du thérapeute. La peur d'être sali par ce jeune peut nous envahir. Par exemple, il est facile d'hésiter à lui serrer la main et à lui tendre un crayon pour signer un formulaire de consentement éclairé. Ce désir de mise à distance ne doit pas être occulté. Le thérapeute doit l'accueillir tout en sachant le contenir, sinon ce serait désastreux pour le suivi thérapeutique. Le thérapeute serait en train de recréer l'univers auquel le jeune de la rue est confronté dans son quotidien, univers de rejet et d'incompréhension. Il est important de saisir le sens de cette mise à distance. La senteur répulsive du client n'est-elle pas une façon d'exprimer sa difficulté d'être approché, d'entrer en relation avec les autres et avec le monde extérieur? Le peu de prise en charge de sa santé physique n'est-il pas un indicateur de sa faible estime de soi? La toxicomanie n'est-elle pas l'expression d'une souffrance qui, sans ce palliatif, serait insupportable et pourrait mener au suicide?

CONCLUSION

Depuis les années 1980, les espaces publics de la ville de Montréal ont été conquis par des jeunes, les jeunes de la rue. Cette nouvelle forme de socialisation a entraîné différents enjeux tels que la marginalisation et l'exclusion d'une classe de jeunes. Ce phénomène grandissant, et souvent mal accepté et mal compris par notre société, s'est fait en marge de nos traditions et a entraîné une multitude de répercussions sur les jeunes.

L'errance, la précarité, la toxicomanie, les problèmes de santé physique et mentale sont quelques-uns des méfaits associés au style de vie de la rue. Certes, la rue n'a pas que son lot de malheurs. Elle permet aussi aux jeunes de se créer un espace de vie où ils pourront refaire le monde, vivre une certaine forme de socialisation et trouver des repères identitaires, mais les conditions de vie dans la rue mettent à rude épreuve la santé mentale des jeunes de la rue. C'est pourquoi le psychologue qui leur vient en aide doit avant tout connaître et comprendre leur milieu de vie. Les difficultés rencontrées par les jeunes de la rue demandent au psychologue d'assouplir son cadre thérapeutique et de travailler en étroite collaboration avec les intervenants et les professionnels de la santé gravitant autour de cette population. Le psychologue exerçant auprès des jeunes de la rue se doit de mettre en pratique un modèle d'intervention psychologique adapté à ces réalités.

Une telle approche permet au psychologue d'intervenir auprès des jeunes à trois niveaux : avant qu'ils ne se retrouvent dans la rue, lorsqu'ils y sont et après leur réinsertion sociale. En ce sens, les interventions auprès des jeunes de la rue devraient : 1) réduire le nombre de nouveaux jeunes en difficulté qui aboutissent dans la rue; 2) réduire les risques associés au style de vie des jeunes et les conséquences défavorables sur leur santé physique et psychologique et 3) permettre aux jeunes de s'actualiser une fois qu'ils sont sortis de la rue.

Cet article a présenté un état des différentes dimensions et difficultés à considérer lors de l'intervention psychologique auprès des jeunes de la rue. Cependant, il est important de mentionner que le travail auprès de cette clientèle demande une constante remise en question de soi et de sa pratique professionnelle. Le cadre de l'intervention psychologique doit être remodelé de manière à ce que ces jeunes puissent s'actualiser. Malgré leurs souffrances, les jeunes rencontrés au quotidien sont pleins de vie, de désirs et de projets qui, trop souvent, dans des structures traditionnelles, ne peuvent se concrétiser.

En exerçant ses fonctions de la manière que nous les avons décrites ici, le psychologue peut servir de *pont* entre l'univers de jeunes et celui de la société traditionnelle, les mettre en communication et parfois même les réconcilier.

Références

- Aubin, D. (2000). Le corps, lieu de repères pour les jeunes de la rue ou la quête d'un territoire d'appartenance. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 90-108.
- Bellot, C. (2001). *Le monde social de la rue : Expériences des jeunes et pratiques d'intervention à Montréal*. Thèse de doctorat, École de criminologie, Université de Montréal.
- Boivin, J.-F., Roy, E., Haley, N. et Galbault du Fort, G. (2005). The health of street youth : A Canadian perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 96(6), 432-437.

Psychologue travaillant en CLSC et jeunes de la rue

- Colombo, A. (2001). *Analyse du processus de changement de vie chez les jeunes de la rue à Montréal*. Mémoire de licence, Université de Fribourg, Suisse.
- Direction de la santé publique (2002). Les jeunes de la rue. En marge des services, au centre de nos préoccupations. *Prévention en pratique médicale*, Septembre, 1-2.
- Direction de la santé publique (1998). *Le défi de l'accès pour les jeunes de la rue. Avis du directeur de la santé publique sur la mortalité chez les jeunes de la rue à Montréal*, Décembre, 1-48.
- Doutrelepont, F. (2005, Novembre). *Travailler en réseau pour les jeunes. Comment s'organisent les services et où consulter? De la communauté, à la 1^{ère} ligne et aux services spécialisés*. Communication présentée au colloque « Rester en contact : Démystifier la menace de la psychose. Journée de sensibilisation à la psychose débutante ». Université de Montréal.
- Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 163-186.
- Lapointe, D. (2002). Les jeunes de la rue : Entretien avec... *L'actualité médicale*, Février, 40-45.
- Noël, V. (2004). Crimes lucratifs des jeunes de la rue : réanalyse de l'impact criminogène de la rue. Mémoire de maîtrise, École de criminologie, Université de Montréal.
- Parazelli, M. (1996). Les pratiques de socialisation marginalisée des jeunes de la rue dans l'espace urbain montréalais. *Cahier de recherche sociologique*, 27, 47-62.
- Parazelli, M. (1997). *Pratiques de socialisation marginalisée et espace urbain : Le cas des jeunes de la rue à Montréal (1985-1995)*. Thèse de doctorat en études urbaines, Université du Québec à Montréal.
- Parazelli, M. (2000). L'imaginaire familialiste et l'intervention sociale auprès des jeunes de la rue : une piste d'intervention collective à Montréal. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 40-66.
- Parazelli, M. (2002). *La rue attractive. Parcours et pratiques identitaires des jeunes de la rue*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Roy, E., Haley, N., Godin, G., Boivin, J.-F., Claessens, C. et Vincelette, J. (2004). L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. *Rapport d'étape*, Juin, numéro 3.
- Roy, E., Boivin J.-F., Haley, N. et Lemire, N. (1998). Mortality among street youth. *The Lancet*, 352(9212), 32-33.

Résumé

Cet article porte sur la situation des jeunes de la rue à Montréal, sur les services qu'offre le CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs à ces jeunes et sur le mode d'intervention psychologique adopté par le psychologue travaillant au sein de cette clinique. La pratique décrite fait voir l'importance pour le psychologue d'intervenir dans la rue, dans les organismes s'adressant à cette clientèle et à la clinique du CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs. L'amorce du travail psychologique auprès des jeunes de la rue passe d'abord par un travail d'accordage entre le psychologue et le jeune. Une vignette clinique illustre le travail du clinicien auprès des jeunes de la rue. Il s'agit, en somme, d'une réflexion sur le cadre thérapeutique, sur l'entrée en relation ainsi que sur les particularités du travail psychothérapeutique auprès des jeunes marginaux.

Mots clés

psychothérapie, jeunes, rue, modèle, intervention

Abstract

This article is about psychological intervention with young street people, especially the particularities of psychotherapy with this clientele. The content describes the issues facing Montreal's young street people, depicts services offered by the CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs for this clientele, and explains the psychological intervention model used by the CLSC's psychologist. This article highlights the importance of working in the street, within community care organizations and at the CLSC clinic, for the psychologist involved with this clientele. A mutual breaking in is at the starting point of the psychological work between the psychologist and young street people. The clinical work is illustrated by a vignette. Finally, this article presents reflections on the therapeutic framework, on relationship development, and on the psychotherapeutic work with young street people.

Key words

psychotherapy, youth, street, model, intervention

Appendice A

Normes de publication – Revue québécoise de psychologie

NORMES DE PUBLICATION DÉTAILLÉES
REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE
(révision effectuée en octobre 2002)

Informations générales

1. Les manuscrits sont soumis à l'adresse suivante : Revue québécoise de psychologie, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7.
2. Les textes doivent être soumis en quatre exemplaires et respecter les normes habituelles de présentation des rapports scientifiques. Ils comptent un *maximum de 25 pages* dactylographiées à double interligne sur papier format lettre et sont accompagnés d'un résumé rédigé en *français* et en *anglais*, des mots clés en *français* et en *anglais* ainsi que du titre en *français* et en *anglais*.
3. Le texte final en traitement de texte microsoft word (Mac ou IBM) doit être accompagné d'une disquette (haute densité) ainsi que des informations nécessaires relatives à cette disquette.
4. La page couverture indique le titre (en français et en anglais), le nom de l'auteur (ou des auteurs), l'endroit où il(s) travaille(nt) ainsi que leurs coordonnées détaillées (numéros de téléphone, de télécopieur, courriel). La page qui suit donne uniquement le titre, les résumés et mots clés (en français et en anglais).
5. Une seule adresse de correspondance sera imprimée (p. ex., Adresse de correspondance : Nom, fonction, service, organisme, adresse postale. Téléphone. Télécopieur. Courriel). Néanmoins, les adresses des autres auteurs sont essentielles pour les éventuels contacts lors de la mise en page de l'article.

La qualité du français

Les articles doivent être rédigés dans une langue correcte et accessible à la majorité des lecteurs et lectrices (professionnelles et professionnels qui ont régulièrement recours à la psychologie dans l'exercice de leur profession). Les citations provenant d'auteurs de langue anglaise doivent être traduites en français. Si la traduction d'un terme technique pose problème, il est alors indiqué d'écrire le terme original entre parenthèses, à côté de la traduction qu'on en fait. Tout terme provenant d'une langue étrangère doit être en italiques. Les titres d'ouvrage ou de test doivent être mis en italiques.

Marges	en pouces	en cm
Haut :	1,60	4,06
Bas :	1,76	4,47
Gauche :	1,94	4,93
Droite :	1,94	4,93
 Pied de page :	 1,44	 3,66

Caractères : Arial 10

Titre de l'article en français: 11 points, majuscules, gras et ne comportant pas plus de 15 mots

Titre de l'article en anglais: 8 points, majuscules, gras

Le nom de l'auteur ou des auteurs et appartenance

Ex. : Colette JOURDAN-IONESCU (en 11 pts)
Université du Québec à Trois-Rivières (8 pts)

Début des paragraphes par un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm)

Niveaux de titre : Les titres ne doivent pas être des phrases (donc ne comportent pas de verbe)

- 1^{er} niveau de titre : Caractères : 10 pts, majuscules + gras + 2 lignes avant le titre
- 2^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + gras + 1 ligne avant le titre
- 3^e niveau de titre : Caractères : 9 pts, minuscules + gras + italique + 1 ligne avant le titre
- 4^e niveau de titre : Caractères : 9 pts, minuscules + gras + italique + début du paragraphe en retrait

Citations : Les citations doivent être traduites en français. Il faut les présenter entre guillemets, en retrait de 0,4 pouces (0,63 cm) à gauche et à droite et inclure la référence (auteur, année et page).

Résumés (français et anglais) comportant au maximum 100 mots

Ceux-ci sont en Arial (8 pts) et commencent aussi avec un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm). Ils sont en italiques.

Mots clés (français et anglais) comportant au maximum 6 mots

Ceux-ci sont en Arial (8 pts).

Exemples :

Résumé

L'objet de cet article est de présenter le concept d'intervention appelé « Famille soutien » pour des familles dont un des enfants présente des difficultés d'adaptation. Créée initialement dans le cadre d'un programme d'intervention auprès de familles négligentes et/ou violentes (Palacio-Quintin, Ethier, Jourdan-Ionescu et Lacharité, 1991), l'intervention famille soutien doit toujours s'insérer à l'intérieur d'un plan d'intervention, car on demande à une famille non professionnelle,...

Mots clés : maltraitance, intervention non professionnelle, famille, soutien, supervision

ICI SERA INCLUS LE TITRE EN ANGLAIS DE L'ARTICLE

Abstract

The object of this article is to present the intervention concept of « Support family » which aims to help families with a child presenting adaptation problems. Initially created within the context of an intervention program for negligent and/or abusive families (Palacio-Quintin, Ethier, Jourdan-Ionescu et Lacharité, 1991), support family intervention should always be incorporated into an intervention plan because a non professional, but trained and supervised family is asked to accompany a...

Key words : child abuse and neglect, non professional, supervision, support family

Signes de ponctuation

- Un espace avant et après le « : »
- Un espace avant et après le « % »
- Un espace avant et après le « = »
- Un espace après le point
- Un espace après le point-virgule
- Un espace après la virgule
- Un espace après le point d'interrogation, le point d'exclamation.

Appels de notes de bas de page : en 8 pts

Notes de bas de page : en 8 pts

Parenthèses : Des parenthèses carrées sont utilisées lorsque des parenthèses rondes sont à l'intérieur (p. ex., [F(1,23) = 29,69, p < .01].

Description de l'échantillon : N (échantillon complet) et n (échantillon partiel).

Résultats statistiques

Le système métrique exige, en français, l'utilisation de la virgule comme séparateur des unités et des décimales, par exemple 3,5 cm. Par contre, pour certaines notations statistiques comme les seuils de signification et les corrélations, étant un système indépendant du système métrique, il faut pour ces dernières employer le point (p. ex., $r(45) = .73$, $p < .01$). Bien que les programmes statistiques donnent plusieurs chiffres après le point décimal, l'usage exige de ne donner que deux chiffres après le séparateur en arrondissant.

Les statistiques exposées dans le texte doivent toujours comporter le symbole du test, le nombre de degrés de liberté s'il y a lieu, la valeur exacte de la statistique et le seuil de signification. Toutes ces notations sont soulignées ou en italique, comme dans le texte présent. Par exemple :

- $t(16) = 2,62$, $p < .01$
- $F(1,58) = 29,59$, $p < .001$
- $r(59) = .87$, $p < .01$
- $r(22) = .21$, n.s.
- $ET(xx)$

Notez bien qu'il n'y a pas d'espace entre le symbole du test et la parenthèse qui présente les degrés de liberté. De plus, le test X^2 se présente avec les degrés de liberté et la taille de l'échantillon entre parenthèses. Par exemple :

- $X^2(2, 125) = 10,51$, $p < .05$

En outre, le texte doit présenter les statistiques descriptives utiles à la compréhension du sens de l'effet mis en évidence par la statistique inférentielle. L'exemple suivant illustre cette remarque :

- Seules les observations de jeu ont démontré une différence significative, les garçons jouant plus souvent ($M = 3,24$) que les filles ($M = 1,45$) de façon solitaire ($t(79) = 1,97$, $p < .05$).

Tableaux et figures

Les Tableaux et les Figures sont regroupés après les références. L'endroit où ils doivent être insérés est indiqué dans l'article. Les Tableaux comportent un numéro, un titre. Les Figures comportent un numéro, un titre et des légendes qui les rendent aisément compréhensibles.

Les Tableaux ou Figures sont annoncés dans le texte d'une des façons suivantes (attention de toujours mettre une majuscule aux mots Tableau et Figure) :

- Le Tableau 1 présente un résumé de...
- Comme le Tableau 1 l'indique...
- (...) l'analyse de variance (voir Figure 1).

Ci-dessous se trouve un exemple de Tableau et un de Figure [porter une attention spéciale à la façon d'écrire les titres (en gras, 9 pts)] :

Tableau 1 Cotes moyennes et écarts types des deux groupes dans chacune des quatre catégories de loisirs

Groupe	Catégorie			
	1	2	3	4
Expérimental				
M	32,45	35,98	33,78	21,67
ÉT	3,6	3,8	2,8	4,1
Contrôle				
M	22,67	54,78	21,33	34,57
ÉT	2,7	3,4	3,4	4,1

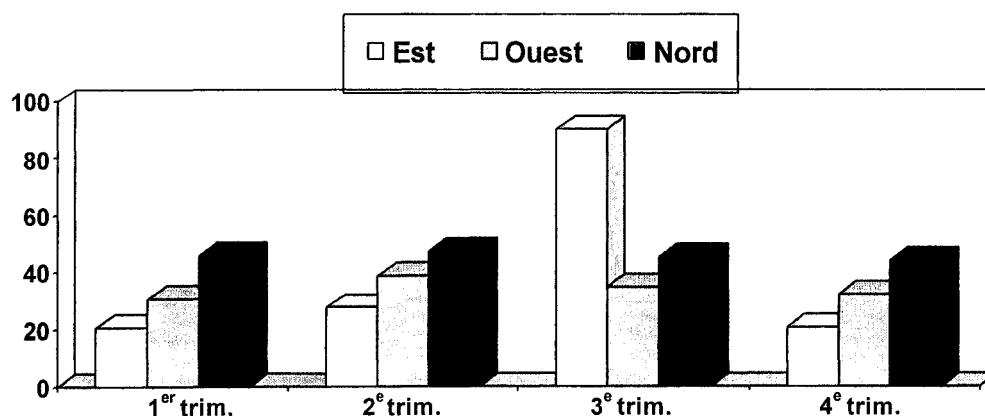


Figure 1 Répartition trimestrielle du nombre de clients selon la provenance

Références

Toute référence introduite dans l'article comporte le nom de l'auteur, la date de parution de son ouvrage ainsi que, s'il s'agit d'une citation, la page. Les références sont regroupées sur des feuilles séparées, à la fin de l'article, par ordre alphabétique d'auteurs. La liste des références doit correspondre **exactement** aux auteurs cités dans le texte.

Lorsqu'on cite une publication faite par deux auteurs, on nomme les deux auteurs. Lorsqu'on fait référence à un ouvrage publié par *plus de deux auteurs*, on les cite tous à la première mention; ensuite, on cite le premier auteur en ajoutant "*et al.*". Lorsque la référence comporte plus d'un auteur, le dernier est relié par "et"; la perluète (&) n'est pas acceptée. Cette règle vaut pour les références introduites dans le texte et pour celles regroupées à la fin de l'article. Voici quelques exemples de références pour les trois cas les plus fréquents : un livre, un chapitre dans un ouvrage et un article.

Livre

Vézina, J., Cappeliez, P. et Landreville, P. (1994). *Psychologie gérontologique*. Montréal : Ga tan Morin  diteur.

Les noms du titre d'un volume en anglais sont en minuscules, exception faite de la première lettre du premier mot : *Psychology of aging*.

Chapître

Alain, M. (1993). Les théories sur les motivations sociales. In R. J. Vallerand et E. E. Thil ( ds), *Introduction à la psychologie de la motivation* (p. 465-507). Laval (Québec) :  ditions  tudes Vivantes.

Article

Beaudin, G. et Savoie, A. (1995). L'efficacité des équipes de travail : définition, composantes et mesures. *Revue québécoise de psychologie*, 16(1), 185-201.

- Le titre de la revue lorsqu'il est en anglais doit s'écrire avec une majuscule à chacun des mots.
- Il faut veiller à l'exacte correspondance entre les références rapportées dans le texte et celles regroupées à la fin.
- Lorsque plusieurs auteurs sont cités pour une même idée, l'ordre alphabétique est nécessaire (p. ex., Béland, 2001; Normandin et Cossette, 1998; Trudel et Morinville, 1997).

Texte final

Lorsque l'auteur a effectué les corrections demandées, il fait parvenir le texte final en deux exemplaires (en plus de la disquette).

Correction et approbation des épreuves s

Les épreuves de l'article sont envoyées à l'auteur avant l'impression et doivent être retournées dans les 48 heures. Dès la publication, l'auteur (ou le 1^{er} auteur) de l'article reçoit 10 tirés à part de l'article.

Si les directives ne sont pas suivies ou si l'auteur tarde à répondre aux demandes du Comité de lecture, la publication des articles risque d'être retardée.
