

La question de départ

L'état de la question dans les champs connexes

L'état de la question en psychologie clinique

Problématisation et champ conceptuel

Hypothèses de recherche et
fondements théoriques

Méthodologie

Les hypothèses à l'épreuve
de la clinique

DEUXIEME CHAPITRE

METHODOLOGIE

Avant d'exposer la méthodologie de cette recherche, il me semble nécessaire de redéfinir la méthodologie de recherche en psychologie clinique et d'en montrer la complexité lorsque l'ambition d'une investigation porte sur la qualité scientifique de celle-ci. La recherche clinique est un « pléonasme tant la psycho-pathologie intègre dans sa démarche la méthodologie de la recherche » (C. Navelet, 1997, p. 297). La clinique et la recherche se distinguent par leur objectif, même si la souffrance psychique reste à la base de l'une et de l'autre. Aussi, la recherche clinique s'interroge sur l'objet de la souffrance, sur son existence, sa constitution, ses avatars, alors que l'approche thérapeutique s'efforce de réduire cette souffrance. D'un certain point de vue, la recherche en psychologie clinique "construit" la souffrance avec une méthodologie clinique. Les hypothèses cliniques suivent le même parcours que les hypothèses de recherches dans une vectorisation différente.

Je montrerai comment, pour cette recherche, j'ai oscillé entre les écueils de ces deux positions et comment j'ai aménagé l'approche de la souffrance dans une perspective de recherche à partir de la méthodologie. Je ferai part du repérage du processus de recherche à partir de mon expérience de chercheur et en appui sur le travail d'équipe entre chercheurs, à travers la façon dont évoluent, de manière générale, les projets de recherche jusqu'à la production d'un écrit. La dimension intersubjective de la recherche ainsi que la relation d'intimité entre le chercheur et son objet de recherche montrent comment l'objet de recherche se transforme en rencontres de personnes dans la réalité et en relations avec d'autres sujets psychiques.

« C'est le concours de l'observation objective et des "impressions" personnelles, de "l'intuition", qui permet de décrire les modalités de la "Rencontre" » (D. Lagache, 1949, p. 163).

Je tiendrai compte, dans l'évolution du processus de recherche, d'un calendrier débuté en maîtrise (prémises de la construction de l'objet de recherche) jusqu'à la fin de la thèse (sur 5 ans).

La construction méthodologique s'est réalisée en trois temps : un "avant-coup", un temps d'errance et un après-coup.

Dans un premier temps, j'ai choisi de rendre compte de mes préconceptions méthodologiques, soit de "l'avant-coup de la méthode". Nous verrons comment et pourquoi cette construction par anticipation n'a pas pu être suivie pour l'exploration clinique, même si elle a servi de

base à la méthode. Dans un deuxième temps, je présenterai le parcours de construction de la méthodologique à partir des écueils et des rencontres cliniques, autrement dit des réalités du terrain impliquant fluctuations et errance du dispositif.

Enfin, je montrerai comment la méthodologie effective a produit des effets d'après-coup sur l'objet épistémique et sur la recherche à partir de la création de différents outils de recueil et d'analyse.

Présenter la méthodologie en trois temps appelle par analogie le premier modèle du trauma (J. Breuer, S. Freud, 1893, *Etudes sur l'hystérie*). La première théorie du traumatisme en deux temps pourrait rendre compte ici du processus méthodologique dans lequel l'avant-coup ou l'état d'impréparation est révélé dans la rencontre traumatique (l'événement externe) qui ne prend effet que dans un après-coup. L'immatunité sexuelle propre à la première rencontre de la patiente de S. Freud représenterait, dans notre parcours méthodologique, les travaux préliminaires offrant une première représentation du fonctionnement SDF, des premiers outils pour penser l'impensable (à l'image de la construction des théories sexuelles infantiles). Autrement dit, les rencontres cliniques liées à cette première période (au cours de la maîtrise et du DEA) correspondraient à la première scène de séduction chez la patiente Emma. Ce que je présenterai comme "avant-coup" méthodologique pourrait être cette part des théories construites à partir de cette première scène.

Ce que j'ai appelé "construction de l'objet épistémique et parcours d'errance" pourrait être le récit de la deuxième scène de séduction selon l'analogie au récit de la patiente de S. Freud. Cette deuxième scène montre à Emma, sous l'effet du choc, l'état d'impréparation dans lequel elle se trouve face à une rencontre qui fait écho à la séduction de la première scène. Confrontée à cette rencontre, elle constate que ses "théories" précédentes ne fonctionnent plus. Nous pourrions dire, de la même manière que le parcours d'errance dans le dispositif et du dispositif renvoie à la rencontre du sujet SDF dans les suivis au long cours. Ces rencontres du sujet SDF et mon implication dans le transfert ont introduit des modifications du dispositif et de l'objet épistémique.

Enfin, "l'après-coup de la méthodologie" montre les aspects d'organisation en réponse au trauma de la rencontre. Il pourrait correspondre, selon le modèle analogique de la cure d'Emma, au temps d'analyse avec S. Freud où les procédures défensives du sujet face au débordement interne sont repérées. A cette phase correspondent dans la méthodologie, la construction de grilles d'analyse par exemple et les modifications du dispositif qui ne peuvent prendre sens que dans cette

"histoire" méthodologique. La logique de globalisation (de l'avant-coup) venait lutter contre une surcharge d'éléments cliniques disparates produisant un effet de morcellement de l'objet de recherche. L'après-coup de la méthode prend justement en compte cette donnée clinique inhérente à l'objet de recherche qui se présente par morceaux et par couches successives en orientant l'attention sur ces parties à priori disjointes pour en révéler les liens implicites.

A partir de cette analyse de l'évolution du dispositif, je dégagerai les éléments techniques de la méthodologie. J'exposerai la méthode d'organisation des champs cliniques face à une clinique multiple. Cette classification implique un temps de définition des différentes catégories et outils d'analyse des champs définis. Nous verrons comment le parcours méthodologique se prolonge dans la pensée de l'investigation clinique et comment, face au risque de dispersion induit par les éléments cliniques éparses (clinique groupale, clinique des rencontres ponctuelles, suivis au long cours), il a été nécessaire de réfléchir en préalable à une forme de présentation appréhendable de ces éléments cliniques (cf. 5. Méthodes de présentation des résultats du champ exploratoire et du contre-champ). J'avais déjà souligné la difficulté de faisabilité des recherches avec des populations en errance (chap. 1) et la diversité des méthodes utilisées dans les champs d'investigation social et psychologique. Il a alors été nécessaire d'inventer, en appui sur ce qui avait déjà été réalisé par d'autres chercheurs, une méthodologie adaptée aux critères de choix de notre population. C'est pourquoi, j'ai emprunté à d'autres disciplines certaines méthodes : la linguistique pour l'analyse du discours, l'urbanisme pour la compréhension de l'espace urbain, etc.

1. L'AVANT-COUP DE LA METHODOLOGIE

Cette présentation d'une méthodologie pourtant caduque comporte un intérêt dans la compréhension du processus de recherche et dans la construction de l'objet épistémique dont elle donne une première représentation. Elle est selon le modèle du trauma, la réponse adaptative à une première effraction de l'impensable. Problématiser, n'est-ce pas rendre compte d'une difficulté à se représenter un problème, un choc ? La méthodologie est une construction théorique dont le but est de proposer une méthode de validation/ invalidation des hypothèses. C'est ce qui a guidé l'élaboration de ce premier modèle méthodologique : comment répondre aux hypothèses de recherche ?

1.1. Rappel des hypothèses

Je rappellerai dans un premier temps les hypothèses qui ont guidées la première construction d'une méthodologie inadaptée ou insuffisante, autrement dit immature si l'on se réfère aux conceptions des théories sexuelles infantiles (comme première réponse subjective à un problème).

La question du "maintien" du sujet à la rue, comme nous l'avons vu, révèle un type de relation à la société et aux autres sociaux sur un mode spatial par l'occupation de la rue, par le surinvestissement du droit de cité et par l'errance et le vagabondage.

Ainsi, cette question du "maintien" à la rue pose le problème de l'espace et des relations du sujet à l'espace, des relations spatiales du sujet. L'espace est entendu alors comme un lieu d'expression, de figuration de la psyché subjective et aussi en tant que mode de liaison intersubjective.

Pourquoi les relations du sujet aux autres, à l'environnement et dans la dynamique transférentielle semblent se dérouler sur le mode spatial ? Comment comprendre que la spatialisation du lien dans l'espace des mots et du discours soit un fonctionnement unique?

Pour répondre à cette question, j'ai avancé l'idée que **le sujet transférait dans l'espace extérieur (environnement urbain, relations sociales et relation clinique) ses groupes internes qui sont d'une forme particulière dans lesquels le sujet occupe une position d'exclu**. Le sujet se représente topologiquement hors de ses groupes internes, en tout cas spatialement à côté. Exclu de son propre espace psychique, il tenterait par le dehors de renouer ce désétayage interne par le dépôt dans l'environnement, l'espace urbain proposant alors une série de configurations spatiales et scéniques d'autant plus appropriées.

Comment mettre à l'épreuve cette hypothèse dans l'exploration de la clinique SDF ?

1.2. Les quatre indicateurs ou points de vue

Pour répondre à la question de la méthode de mise à l'épreuve des hypothèses, j'ai repris dans un premier temps les éléments cliniques sur lesquels elles s'appuyaient, relevés au premier chapitre.

1.2.1. Définition et construction des indicateurs

L'espace psychique n'étant pas directement accessible, particulièrement si l'on accepte l'hypothèse de l'inconscient, il s'agit de trouver dans l'espace naturel (la rue) ou dans un espace artificiel (la situation d'entretien clinique ou de test), des indicateurs donnant des indices de l'appareil psychique subjectif.

A partir des indices cliniques définis au premier chapitre (cf. schéma n°1, chap. 1), comment interrogés ces indices, quelle méthode proposer pour positionner le regard du chercheur ?

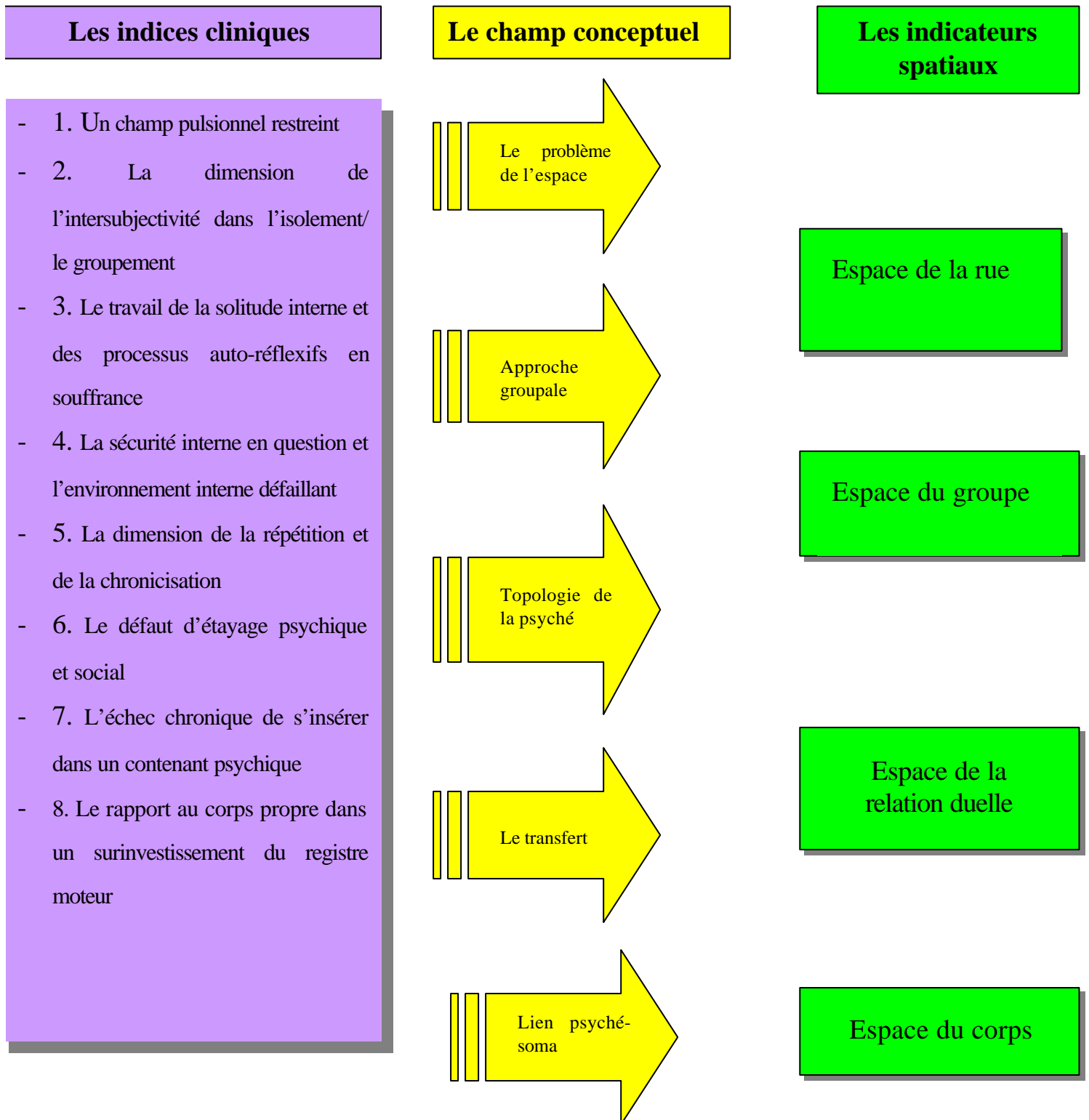
Je rappelle ces indices cliniques : un champ pulsionnel restreint, la dimension de l'intersubjectivité dans l'isolement/ le groupement, Le travail de la solitude interne et des processus auto-réflexifs en souffrance, la sécurité interne en question et l'environnement interne défaillant, la dimension de la répétition et de la chronicisation, le défaut d'étayage psychique et social, l'échec chronique de s'insérer dans un contenant psychique et le rapport au corps propre dans un surinvestissement du registre moteur. Comment ces indices sont-ils organisés, quels sont les fils conducteurs qu'ils révèlent ? Autrement dit, comment les « faire parler » dans l'investigation clinique ?

A partir de mes travaux préliminaires auprès des personnes SDF, j'avais déjà identifié trois espaces essentiels où le sujet figurait quelque chose de sa souffrance et qui pouvaient être des portes d'entrée dans la compréhension de la clinique SDF : l'espace de la rue, l'espace du groupe et l'espace du discours. Les autres dimensions, comme celle de l'espace du corps et de la relation duelle n'étaient pas encore formalisées compte tenu de l'observation clinique. Restait la question méthodologique suivante : comment entre-t-on dans la clinique SDF, quels en sont les symptômes et à partir de quel point de vue sont-ils appréhendables ?

Les indices cliniques, au décours de la prospection des différents états des lieux, recouvrent un champ plus vaste. Tenant compte du champ conceptuel ouvert par la définition de ces indices

cliniques, j'ai pensé une première approche méthodologique : regrouper ces indices selon quatre indicateurs construits selon le schéma suivant (schéma n°6).

Schéma n°6 : Des indices cliniques aux indicateurs spatiaux



Ces indicateurs spatiaux tentent de proposer des modes d'entrées dans la clinique du sujet SDF à partir de quatre espaces privilégiés d'expression de la souffrance psychique.

L'espace de la rue, l'espace du groupe, l'espace de la relation duelle et l'espace du corps seront les lieux de focalisation de l'exploration clinique.

Ces indicateurs se situent au niveau des observables, là où les comportements et les phénomènes peuvent être observés. Ces modes d'entrée vont aussi constituer pour la recherche des contenants à mettre en travail, c'est-à-dire que le choix de ces indicateurs doit être questionné. D'autres indicateurs existent et n'ont pas été retenus ici comme prioritaires : l'espace de la relation aux objets, notamment aux produits toxiques (alcoolisme⁴⁵ ou toxicomanie), l'espace de la relation aux autres citoyens (dans l'activité de la mendicité par exemple), l'espace de la relation à l'animal (chien essentiellement).

Ce qui se joue dans ces espaces (rue, groupe, relation duelle, et corps) est à découvrir et à organiser. Nous avons vu, au cours de l'exploration des divers champs, que les chercheurs et cliniciens venaient buter et interroger ces espaces, ce qui leur donnent une importance toute particulière. Chacun de ces indicateurs nécessite des outils d'observation spécifiques ainsi que des grilles d'analyses respectives. Déjà, à travers ces indicateurs, des constantes dans le fonctionnement psychique sont descriptibles à travers les comportements et le vécu subjectif (rapporté dans le discours) et constituent les hypothèses.

Ces indicateurs sont en fait des points de nouage où viennent se figurer le fonctionnement psychique subjectif ainsi que le rapport que le sujet entretient avec l'espace en lui-même. Véritables "scènes", ces indicateurs sont pourtant repérables dans la clinique. C'est en s'appuyant sur ces points de nouage, de figuration qu'un mode de lecture de la clinique SDF peut être trouvé au plus proche de l'investissement massif de l'espace extérieur par le sujet.

1.2.2. Organisation avec les hypothèses

L'espace de la rue est un indicateur particulier. Il est en fait la première surface de projection accessible par l'observateur. C'est dans cet espace que sont observés les comportements, le corps, les groupes et le discours subjectif. Ainsi, les trois autres indicateurs sont contenus dans celui de

l'espace de la rue. Ils s'y rapportent tous, car la rue est la condition sine qua non de l'intérêt pour les autres indicateurs. Spécifiquement pour la clinique SDF, les quatre espaces pré-déterminés seront lus de la manière suivante : à travers l'espace de la rue, on peut lire le rapport du sujet à son corps, saisir la spécificité de la position du sujet dans le groupe et contextualiser le discours dans une relation intersubjective.

Ces quatre espaces (rue, corps, groupe, relation duelle) sont interdépendants les uns des autres et indissociables dans la prise en compte holistique du sujet. Mais pour des raisons de faisabilité, j'ai pris le parti de les dissocier pour identifier les fils conducteurs qui traversent ces indicateurs (points de nouage) pour donner une représentation suffisamment synthétique du fonctionnement psychique du sujet SDF (cf. schéma n°7).

Les trois hypothèses sont des propositions temporaires, des fils conducteurs postulés entre ces différents espaces utilisés par le sujet. Mon regard se portera de manière prioritaire sur l'un de ces points de nouage, celui où l'hypothèse paraît la plus évidente à mettre en travail, elle sera ensuite mise à l'épreuve à travers les trois autres points de nouage. Ainsi, pour chaque hypothèse et chaque cas clinique, l'équation de la mise à l'épreuve pourra être différente dans la succession des étapes. Par exemple, pour la première hypothèse, l'équation pourrait être : le travail du discours + le comportement dans la rue + la position dans le groupe + la relation au corps, alors que pour la deuxième hypothèse, le corps sera le premier révélateur de l'hypothèse et sera mis au travail à travers les autres indicateurs (cf. schéma n°8). Cette formulation sous forme d'équation de l'organisation des hypothèses correspond à une vectorisation du champ hypothétique par hiérarchisation des hypothèses.

⁴⁵ Cf. à ce sujet les débats actuels sur l'alcoolisme : de la maladie alcoolique à l'alcoolodépendance où la place du sujet change de position dans son rapport au produit. Cf. aussi P. Angeli, D. Richard, M. Valleur, 2000, *Toxicomanies*, Paris, Masson, 276 p.

Schéma n°7

Mise au travail des hypothèses à travers les indicateurs spatiaux

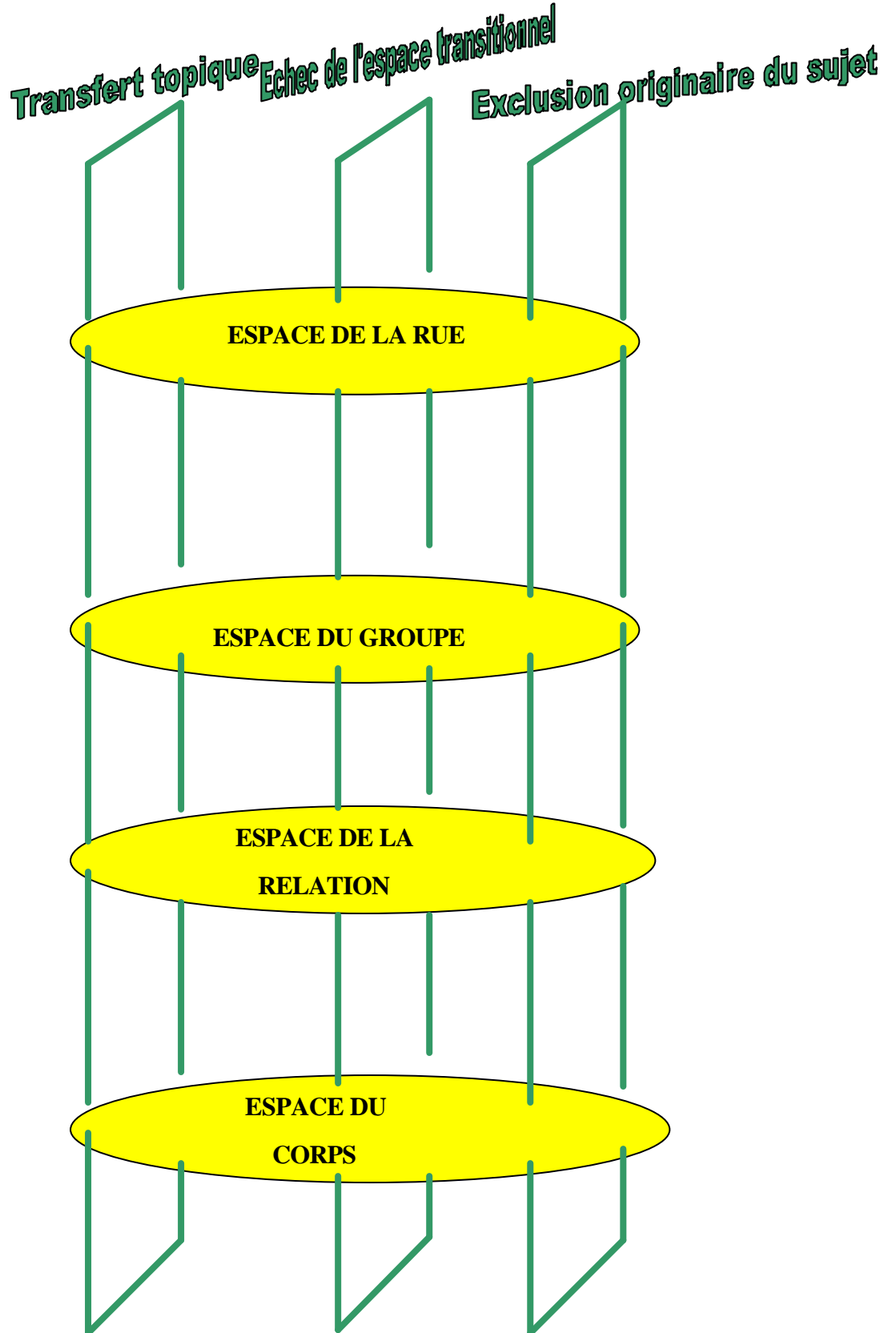


Schéma n°8

Thématiques à travailler en fonction des hypothèses et des indicateurs

Hypothèses Indicateurs spatiaux	Transfert topique	Echec de l'espace transitionnel Confusion dehors/dedans	Exclusion originaire du sujet
Espace de la rue	- circulation - syndrome escargot - périphérisation topique - localisation - dépôt	Transitoire	- topologisation de la scène dans la rue - scènes originaires
Espace du groupe	- circulation - structure groupale fixe	Captation imaginaire	- groupes internes - figuration spatiale
Espace de la relation, du discours, de l'entretien clinique et de la relation éducative	- relation élective - dépôt - objet d'étayage - localisation par le temps	Difficulté d'introduire le tiers	- récit - scénarisation - scènes infantiles - historisation subjective
Espace du corps	- localisation dans la maladie - dépôt	Somatisation	- parcours d'errance

1.3. Analyse de l'avant-coup de la méthodologie

Ce tableau et les propositions précédentes (vectorisation des hypothèses) appartiennent à l'ensemble des constructions du modèle théorique préalable à l'exploration clinique. Ces approches méthodologiques ont été nécessaires au processus de recherche en tant que premier mode de représentation de l'objet épistémique. La présentation sous forme schématique et sous forme de tableau montre un effort de cadrage des éléments disjoints, d'éléments non liés. Mes efforts théoriques de liaison peuvent être envisagés comme une réaction contre-transférentielle face à un "morcellement" clinique.

Cependant, cette tentative de figuration des éléments psychiques n'a pu être suivie pour l'exploration clinique. En effet, le sujet échappe toujours à la catégorisation. Il est d'ailleurs intéressant de noter comment les indicateurs spatiaux évacuent l'espace intrapsychique, comme si le sujet était implicitement présent dans les autres espaces déterminés, comme s'il n'avait pas d'espace

propre. Cette marque contre-transférentielle dans la pensée méthodologique n'est pas anodine. En effet, la méthode de focalisation sur les espaces de figuration de la souffrance psychique est infiltrée par notre préoccupation centrale : comprendre l'organisation de l'espace psychique des sujets SDF.

La partie sur le "parcours d'errance" montrera la nécessité de se laisser "manipuler" par le sujet, les troisième et quatrième chapitres en reprendront l'illustration au fil des suivis au long cours. La clinique réoriente ces premières représentations théoriques, même si tous ces éléments vont être abordés et m'ont permis d'éprouver les hypothèses.

A partir de l'analyse de mon propre processus de figuration théorique, la clinique apparaît comme "hors cadre". La démarche globale de recueil de données s'inscrit dans une tradition de la clinique, au chevet du malade, dans la rencontre du sujet là où il se trouve. "Au chevet du malade" est une expression utilisée de manière figurée par la psychanalyse, elle signifie entendre le sujet là où il se trouve dans son élaboration psychique. Dans cette recherche, j'utilise également cette expression au sens propre, c'est-à-dire au sens spatial du lieu où le sujet se trouve. En effet, dans la réalisation des entretiens de recherche, la question du cadre spatial se pose tout particulièrement (cf. 2.1. Le dispositif de recherche, chap. 2).

2. CONSTRUCTION DE L'OBJET EPISTEMIQUE ET PARCOURS D'ERRANCE

Cette présentation constitue la deuxième scène de la rencontre traumatique selon le modèle analogique exposé en introduction de la méthodologie. Les déplacements du clinicien vers "le chevet du sujet" auront des conséquences sur le processus de recherche. A partir de la rencontre des personnes SDF dans le cadre des suivis au long cours, j'exposerai les hésitations, les réorientations, les choix et les écueils qui ont constitué le dispositif effectif de recueil des données avant d'en analyser les principes dans la partie de la méthodologie « après-coup de la méthode ».

2.1. Le dispositif de recherche

L'aménagement du dispositif de recherche est une donnée irréductible aux rencontres cliniques qui le réorientent. J'exposerai dans un premier temps, sous la forme du récit, le parcours des aménagements du dispositif qui ne peut être délié de ses aspects contre-transférentiels (cf. 2.2. Errance du chercheur et errance du dispositif, chap. 2). La pertinence de l'utilisation de la forme du récit (sans théoriser dans un premier temps) tient à une volonté de lier forme et contenu qui n'est pas sans rapport avec la métonymie contenant/contenu et son immersion dans la symptomatologie SDF. En effet, à l'image du sujet SDF qui se raconte par le discours et par les actes qu'il pose dans le parcours de la rue, j'exposerai ce qui vient scander le parcours du dispositif avec l'introduction du magnétophone, la durée limitée des entretiens, etc. Suivre et écouter les personnes SDF impose de se laisser "maltraiter" parfois, ce qui correspond alors à se laisser guider sans pouvoir circonscrire l'espace de la relation. Dans un deuxième temps, l'analyse peut offrir des cadres pour penser et des modèles de représentation de l'objet.

La question du dispositif rencontre la question du cadre. La cure type contient une théorie et une application homogène des règles définies par la Psychanalyse. S'y référer permet d'expliquer les écarts avec le dispositif de recherche et de réfléchir à ses modifications et à mes initiatives. Ainsi, j'exposerai les aménagements et la transposition d'un "cadre idéal" avec des personnes SDF, les limites de ce dispositif et enfin les effets du cadre, ce qu'il faut en comprendre du fonctionnement psychique SDF en référence au concept de *cadre*. L'écart avec le dispositif de la cure ouvre alors un espace de création.

2.1.1. Mouvance du dispositif de l'entretien

Ma préoccupation dans l'aménagement d'un cadre a été d'instaurer des conditions propices au développement d'un processus et à l'accueil et au recueil du transfert dans un dispositif qui le rende analysable. L'aménagement du cadre de la recherche et du cadre de la rencontre clinique met à disposition le chercheur par la contrainte du recueil des données. Le chercheur doit trouver du matériel. On peut constater une sorte de parallèle entre l'aménagement du terrain de recherche par le chercheur et l'aménagement du lieu de couche pour la personne SDF. En effet, le chercheur "façonne" son terrain en fonction de ce qu'il trouve sur le lieu (l'observation). Le chercheur est « assigné à décision » pour reprendre une expression de C. Navelet (1997, p. 298), ce qui le conduit à se poser la question du lieu où il effectuera la recherche. C'est cette position de choix qui fonde le chercheur. Je donnerai les éléments qui interrogent le dispositif dans ses dimensions spatiale et temporelle.

Le cadre spatial des entretiens a varié : en lieu d'accueil de jour (institution), dans les rues, sous les ponts, dans les cafés, dans les lieux de soin, dans le local éducatif d'une équipe de rue, dans les appartements temporaires des personnes SDF ou encore dans les lieux de soin. Selon les personnalités, on ne peut pas recueillir leur témoignage au même endroit, c'est pourquoi la question du lieu du témoignage et de ses conditions d'émergence se pose à chaque fois.

Le cadre temporel a été différent selon les lieux et selon la disponibilité de la personne (l'état de fatigue, état d'ébriété) : imposé dans le lieu d'accueil de jour (le temps de la permanence) et malléable dans d'autres lieux. Parfois implicite et dépendant du clinicien chercheur (mes propres contraintes horaires d'enseignement par exemple) ou de la personne rencontrée, le cadre a aussi été imposé du dehors par les autres occupants du lieu (les éducateurs lorsque j'occupais leur local, un autre SDF lorsque l'entretien se déroulait dans la rue). Le cadre temporel a été variable et subjectivement défini. Cette variation sera décrite et traitée pour chaque rencontre dans l'analyse de la clinique.

Pourquoi une telle mouvance de ces deux dimensions du cadre ? La variation du cadre spatial est une donnée de base avec les personnes SDF. Cette population vit au dehors et pour trouver les personnes SDF ou pour qu'elles acceptent un entretien de recherche, elles ne doivent paradoxalement pas avoir à se déplacer. Pour que des entretiens de recherche existent, j'ai expérimenté qu'il était impératif d'aller là où les personnes SDF se trouvaient. Après avoir tenté de

prendre des rendez-vous dans des lieux institutionnels (type local éducatif) et avoir constaté l'échec de ce dispositif, il a fallu accepter la difficulté de les faire "bouger".

En effet, dans le lieu d'accueil de jour, face aux demandes de rendez-vous individuels avec moi, j'ai proposé à plusieurs reprises aux personnes de venir à un moment où le lieu n'accueillait pas le groupe. Ces rendez-vous n'étaient pas honorés et étaient apparemment préférés à un entretien personnalisé au sein du groupe. De plus, lorsque j'ai rencontré les personnes SDF dans la rue, j'ai proposé à certains de se rendre au local éducatif pour avoir un entretien. Malgré l'enthousiasme exprimé par la personne m'assurant de sa venue, je suis restée à attendre. J'ai renouvelé alors la proposition plusieurs fois. Je pensais que leur absence et mon attente avaient pour fonction de mettre à l'épreuve ma résistance à la destructivité et que je devais de ce fait "survivre" (R. Roussillon, 1996⁴⁶) à leur abandon. La honte qui se lisait sur les visages de ceux que je rencontrais à la suite de leur rendez-vous manqué, m'indiquait la difficulté devant laquelle je mettais ces personnes. Monsieur H., un SDF ayant accepté de me rencontrer après de nombreuses rencontres informelles, me demande de lui préparer des questions car il risque « de parler à l'infini et de ne pas être cadré ». Il a peur de « toutes les portes qu'il pourrait ouvrir ». Cette demande oriente le système de recueil en un contenant identifiable. En même temps, Monsieur H. demande un "cadrage" par des questions et imagine l'entretien dans le local éducatif. C'est comme si à l'extérieur, on pouvait tout dire, tant que ça ne reste nulle part inscrit. A l'intérieur, il faut que la parole soit contenue, voire inscrite, représentée⁴⁷ contre l'angoisse de dissolution dans le monde extérieur. Monsieur H. montrait une forme de comportement maniaque dans le local éducatif. Excité et instable, il ne pouvait supporter de rester plus de cinq minutes à l'intérieur. Souvent, il s'adressait aux éducateurs par la fenêtre, de l'extérieur (même par temps de pluie).

Les entretiens cliniques sont réalisables avec les personnes SDF isolées, alors que les membres d'un groupe ne peuvent pas être rencontrés isolément, car ils ne veulent (peuvent) pas se séparer du groupe. Nous verrons qu'il existe une difficulté pour eux à exister psychiquement en dehors du groupe. Les personnes peuvent parler d'elles-mêmes dans la rue, sur leur lieu de vie sous forme de bavardage ou de confidence (hors cadre "officiel" d'une rencontre).

⁴⁶ « "Survivre" signifie ici pouvoir endurer les modes d'expression de cette destructivité sans retrait ni rétorsion [...] » (R. Roussillon, 1996, p. 101).

⁴⁷ Monsieur H. fait des schémas représentatifs de sa vie et de son parcours. Même s'il accepte de me rencontrer, il ne viendra pas, mais me proposera par la suite de s'enregistrer lui-même, seul et de me prêter les cassettes.

Face à la prise de rendez-vous, il y a acceptation dans un premier temps, puis une indisponibilité ou une absence de la personne. Après plusieurs relances, j'ai pensé que la relation duelle faisait peur dans le sens d'une phobie d'impulsion où la crainte d'utiliser une situation pour agresser autrui ou soi-même se manifesterait par des manœuvres d'évitement. On constate que la présence d'un autre sécurisant (d'une forme de tiers), tel qu'un membre de l'équipe éducative, ou tel qu'un autre SDF, ou encore un passant amical, atténue effectivement la peur et permet l'émergence du discours.

Face à ces attentes réitérées, j'aurai pu à ce moment-là choisir de travailler sur l'absence ou sur la difficulté de la relation duelle, mais j'ai compris cet échec du dispositif comme le signe de l'introduction nécessaire d'un tiers. C'est pourquoi, pour créer le cadre de la recherche, il a fallu accepter de faire bouger le cadre spatial des entretiens et de déplacer le chercheur. Les entretiens qui ont, malgré tout, été réalisés dans le local éducatif sont dus : à la présence de la personne pour une demande éducative, à la proximité du lieu de "manche" pour une autre personne, ou encore au fait qu'un éducateur ramène la personne au local éducatif et participe aussi à l'entretien. Ces entretiens ont eu lieu sur le support d'un autre cadre que celui de la recherche, sur celui de la relation éducative en partie (dans le transfert du lien d'étayage).

Face à cette instabilité et face au risque de confusion des registres éducatifs et psychologiques (cf. 4.2.2. Le cadre de l'entretien de recherche, chap. 2) se posait alors la question du lieu et du temps pour des entretiens réguliers de recherche. Le local éducatif me semblait toujours occupé, avec le risque d'être dérangée en permanence par le téléphone ou par les entrées. Utiliser le local signifiait aussi exclure les éducateurs de leur propre lieu de travail. Se poser la question du lieu rencontre l'hypothèse implicite que les SDF sont sans-lieu identifiable. J'ai même pensé aux cafés pour réaliser les entretiens. Par la pensée, dans cette recherche de lieu de rencontre, je me faisais éprouver quelque chose de l'errance à travers la mise en place des entretiens cliniques et dans la recherche d'un lieu adéquat : « où vais-je m'installer avec eux ? ».

La difficulté de réaliser des entretiens a interrogé mes présupposés à propos de l'entretien clinique avec cette population⁴⁸. La possibilité de construire un espace commun, une aire

⁴⁸ Je ne pouvais imaginer la fin de l'entretien sans l'introduction d'un autre (un éducateur, un test pour finir l'entretien ou la fin de la cassette audio). Cette difficulté révèle une hypothèse sur le dedans et le dehors. Ne pouvoir penser mettre fin à l'entretien, n'est-ce pas se défendre de sa propre violence ou de sa propre agressivité ? Ou s'agit-il de la honte "de faire ça" (les mettre dehors), ce qui expliquerait qu'il faille trouver un autre, complice, pour provoquer une effraction du dehors ?

intermédiaire (D.W. Winnicott, 1953), paraît difficile à partir du moment où les personnes SDF semblent éprouver des difficultés à médiatiser. Ils viennent quand ils en ont besoin, il n'y a plus de notion de temps ; c'est tout « tout le temps, tout de suite ». Ils viennent chercher alors cette mère archaïque dévoratrice qui répond aux besoins. J. Bleger (1966) rappelle que le cadre est l'expression de la fusion la plus primitive avec le corps de la mère.

A partir de ce chaos de questionnements, l'entretien était à repenser de manière plus structurée. J'ai alors pensé proposer une structure de la relation par des questions centrales à aborder telles que : « Qu'est-ce que pour vous la carte d'identité? », « Comment pouvez-vous me décrire la rue, la ville ? » avec le repérage des qualificatifs employés, personnifiés, féminins, maternels, phalliques, ... « à quand faites-vous remonter vos difficultés par rapport à l'errance? ». Toutes ces variations dans la pensée du dispositif ont conduit à fonder le cadre de l'entretien par un dispositif interne du chercheur plus défini et donc davantage repérable pour le sujet.

Quant au cadre temporel, il a été travaillé à partir de ma capacité d'écoute, puisque pour la personne rencontrée, le temps n'est pas une donnée constituante et étayante. C'est pourquoi la durée d'un entretien pourrait ne pas avoir de limite pour le sujet SDF. Ce cadre temporel ne peut s'appuyer, n'existe qu'en référence aux limites du chercheur. Dans les premiers entretiens que j'ai réalisés, l'espace de parole que je laissais ne permettait pas de limiter l'entretien dans le temps. Cette disposition avait pour hypothèse implicite de proposer une situation "expérimentale" où le sujet pourrait utiliser cet espace à sa guise. L'entretien pouvait aussi se prolonger pour des raisons de séduction par rapport à la recherche, ce qui a pu aboutir à des prolongations par l'intérêt du discours du sujet me conduisant à ne pas « me priver » de ce matériel (cf. Monsieur T., chap. 4).

Lorsque le contact était pris par l'intermédiaire d'un éducateur ou directement, j'ai observé qu'avant un rendez-vous, il était nécessaire de le rappeler à la personne par téléphone lorsque cela était matériellement possible (Monsieur T., Madame D. et M^{elle} A.). Cet appel fait effet de localisation pour le sujet avant la présence du clinicien chercheur et lui permet de se préparer. J'ai ainsi, pour un certain nombre de personnes, mis en place le coup de téléphone systématique avant chaque entretien.

2.1.2. Les limites du cadre dans la relation transféro-contre-transférentielle

Je remarque que le cadre est préexistant lorsque les entretiens se déroulent dans un lieu institutionnalisé (lieux de soin ou lieu d'accueil de jour). Dans ces lieux, les entretiens duraient à peu près une heure, commençaient et finissaient de manière ritualisée par des codes implicites entre la personne et moi. En outre, à l'extérieur de ces lieux, le cadre est entièrement à construire, comme si, dans la rue, tout était possible (pas de limite temporelle des entretiens par exemple, présence d'autres personnes, etc.). Du cadre posé à l'intérieur, plus rien n'existait ou ne subsistait à l'extérieur, le lien était à reconstruire dans la rue (cf. Monsieur T., chap. 4).

Le questionnement sur l'aménagement du cadre est aussi une des préoccupations des personnes rencontrées. Monsieur A. voulait me rencontrer pour la première fois à la gare, ou dehors sur un banc, il est finalement venu au local éducatif accompagné de son éducatrice. Une fois, Monsieur T. s'est inquiété de savoir si je venais de loin, car ce jour-là, il n'avait pas envie de parler. Il m'a alors demandé si je venais « exprès pour lui ». Ainsi, le cadre commun se construit à partir des exigences des deux parties.

Les conséquences de cet aménagement du cadre au fil des rencontres montrent une organisation dans le registre de l'objet primaire qui doit savoir suffisamment s'adapter aux besoins du sujet. L'adaptation a ses limites lorsque la réponse aux besoins dépasserait les règles fondamentales (demande de nourriture, de mariage, d'adoption, ...). Le chercheur est donc confronté à la nécessité de rester suffisamment "malléable" pour sa propre intégrité psychique d'une part (cf. les points de fragilité du chercheur repérés par Monsieur T., chap. 4), et d'autre part pour que le processus soit préservé.

2.1.3. Le dispositif de recueil des données comme dispositif "expérimental"

La mise à disposition du chercheur dans la construction du cadre s'inscrit dans un héritage de la mise en place d'un cadre trouvé / créé (D. W. Winnicott, 1953) par les deux parties contractantes. Ce cadre "sur-mesure" (R. Roussillon, 1996⁴⁹) a été voulu dans le sens de la mise en travail des hypothèses et notamment celles concernant l'occupation de l'espace. Ce dispositif atypique de l'espace de la relation (sur le lieu de la personne : appartement, rue) permet au sujet

d'occuper l'espace comme il le veut ou comme il le peut. Cette situation expérimentale contenait la question suivante : comment le sujet SDF va-t-il organiser, structurer l'espace ouvert du dispositif (du temps, du lieu, de la relation) ? Le dispositif de recueil des données n'est plus seulement un lieu où du contenu advient, mais un dispositif transformable dont les transformations sont aussi des données. C'est dès lors ma position interne de chercheur disponible pour la découverte qui ouvre potentiellement un espace où le sujet souffrant peut s'exprimer. C'est pourquoi, réfléchir sur mon cadre interne ne pouvait être détaché de l'analyse de mon rapport aux cadres institutionnels des lieux de stage.

2.1.4. Le risque d'une installation psychique

Depuis l'année de préparation du DEA, le stage de recherche est resté le même. De ce fait, nous pouvons parler d'un risque d'installation psychique d'une part dans un cadre identique sur plusieurs années et d'autre part au sein d'une même équipe de travail. Le risque est de cristalliser la position de chercheur dans celle de membre d'une équipe à part entière. Ceci entraînerait une habitude du chercheur qui tarirait la source de sa curiosité nécessaire à l'émergence de découvertes. De ce biais possible, j'en ai fait un outil de recueil des données et une fonction de partenariat dans la recherche. La participation de l'équipe éducative et des échanges a été accentuée en officialisant ce lien par la mise en place d'une convention de recherche entre l'Université et le lieu de stage⁵⁰. Il me faut rappeler que cette recherche s'origine dans une volonté de créer une position d'écoute et de compréhension du psychisme qui n'existe pas ou peu dans le social (peu de postes de psychologues) pour répondre cependant à une demande du social. L'équipe éducative a exprimé un véritable intérêt pour la recherche et pour l'accompagnement psychologique des sujets SDF souffrants qui s'imposaient à elle. Ainsi, une collaboration et une confiance ont pu s'établir entre nous pour nourrir les échanges autour de la réflexion et du travail auprès des personnes SDF. Cet échange et cet enrichissement mutuel n'ont pas été les seuls points d'inflexion de la recherche. Le travail a été nourri

⁴⁹ « La métabolisation des expériences agonistiques ne requiert en effet pas seulement un environnement "suffisamment bon", elle implique la mise en oeuvre d'un environnement "soignant" et adapté "sur mesure" » (R. Roussillon, 1996, p. 102).

⁵⁰ Cf. 2001, "La grande exclusion", *Les Cahiers du CRPPC*, n°9.

par d'autres rencontres professionnelles⁵¹ et personnelles, le processus de déplacement s'inscrit dans le parcours de la recherche.

⁵¹ Les rencontres avec des spécialistes ont été des moteurs de la recherche : René Kaës a révélé l'axe central de cette recherche. Alors que je ne parlais que d'espace de manière implicite dans mes recherches préliminaires, cette rencontre a permis de révéler l'espace comme point central du questionnement. Par ailleurs, la rencontre avec Hervé Beauchesne dans une journée de travail sur la citoyenneté, a renforcé l'idée de théoriser la notion d'espace en psychopathologie à la suite de ses travaux.

2.2. Errance du chercheur et errance du dispositif

Il me semble intéressant de rendre compte de mon cheminement dans la pensée du processus de recherche qui a consisté essentiellement à introduire des points de repères, à partager le temps et l'espace avec les sujets SDF.

2.2.1. Le mouvement et le déplacement comme espace potentiel

D'une approche groupale du sujet SDF en groupe (lieu d'accueil de jour), la recherche s'est orientée sur une approche groupale du sujet isolé dans la rue par des rencontres ponctuelles (année de DEA). A partir de plusieurs typologies dégagées au cours de ces travaux préliminaires, j'ai pensé, pour la première année de thèse, à une approche comparative entre deux villes distantes de 600 Km, une grande et une petite agglomération. Ce projet était guidé par l'ambition de mettre à l'épreuve dans une petite agglomération les premières observations de l'errance. Ce projet était motivé par la perspective comparative entre une même population dans des villes au climat différent et de taille différente. Il était alors question de tenter d'isoler les facteurs contextuels de l'errance (climat atmosphérique, taille de la ville et services sociaux proposés) des facteurs psychologiques.

Or ce va-et-vient entre ces deux villes n'a pas abouti au niveau de la recherche, les deux populations observées ne pouvaient être comparées, car elles ne se ressemblaient pas⁵². L'appropriation de l'espace ne pouvait être confrontée puisque mon postulat de base sur les points communs des SDF était faux (ou que les personnes comparables étaient trop peu nombreuses).

En effet, la population en centre d'hébergement dans une petite ville est proche de la catégorie des personnes en situation de grande pauvreté mais ne se trouve pas encore en situation de désinsertion totale des circuits de prise en charge socio-éducative. L'utilisation de la rue et la circulation dans l'espace est restreinte, même si, **pour les 4 ou 5 "clochards permanents", nous pouvons reconnaître une occupation de l'espace de la rue et son potentiel de figuration à l'image du phénomène observé dans la grande agglomération.** Par exemple, dans la petite ville, un des clochards permanents, George, utilise les structures urbaines de manière personnalisée dans un scénario privé. Il dort le long du cours d'eau qui traverse la ville, cette berge ayant été aménagée par son père. Il a aussi ses points fixes dans son parcours quotidien (arrêts de bus, mendicité à la poste ou à la sortie de l'église). De même qu'il est repérable et familier au voisinage, il

⁵² Ce constat s'appuie sur la prise de contact avec plusieurs associations et dispositifs d'urgence sociale de la petite agglomération et sur une première observation dans la ville et dans les structures d'hébergement.

suscite l'inquiétude des riverains lorsqu'il est absent de ses points de passages (seul groupe qui se préoccupe de lui). Solitaire, il est rarement en présence d'un groupe de SDF. Isolé, il l'est aussi des services sociaux « qui ont déjà tout essayé avec lui » me confiait un travailleur social. Un autre homme, très inscrit dans le paysage urbain, dort dans la rue avec son chien. Il est lui aussi solitaire, fait "la manche" devant un supermarché installé en lisant un livre. Contrairement à George, il ne semble pas boire d'alcool. Ce que je veux montrer par ces deux exemples les plus connus et reconnus dans la petite ville observée, est une forme d'errance qui est encore prise en charge par le voisinage à l'image du village ou du quartier. Ces deux hommes rendent vivant le mythe du clochard volontaire qui ne demande pas d'aide et n'a pas de projet de réinsertion.

Par ailleurs, mes contacts avec les foyers d'hébergement montrent encore des différences avec l'organisation de la grande agglomération. L'urgence n'est pas une priorité et rarement une nécessité (peu de lits sont prévus à cet effet). La population qui fréquente ces centres d'hébergement bénéficie pour la plupart du RMI ou de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé). La nécessité de roulement ("turn over") entre les structures de la grande agglomération n'existe pas ou peu dans la petite ville. En somme, les besoins de la population en difficulté sociale et en grande pauvreté ne sont pas les mêmes, même si de nombreuses familles (encore logées) sont en situation de grande précarité et nécessitent un dispositif social lourd.

Ainsi, l'objectif de comparaison entre deux villes n'a pu être réalisé dans une perspective psychodynamique, même s'il reste sans doute une approche sociologique à approfondir. J'ai alors orienté la mise à l'épreuve des premiers résultats par une analyse plus fine du sujet SDF (par la clinique au long cours). Cependant, je n'ai cessé, pendant la première année de thèse, de circuler entre ces deux villes, à vivre cet état de partance continu, à penser partir quand je venais à peine d'arriver. Aussi la construction de la recherche et son écriture ont-elles pu se réaliser dans ces allers-retours, dans ces temps de mouvement (notamment dans le train) où j'ai particulièrement saisi la problématique de la recherche (par la réflexion et l'écriture) comme dans un temps potentiel.

Ce que je veux montrer ici est cet effet miroir, dans lequel le mouvement même du chercheur fait partie intégrante du dispositif de recherche. **Le mouvement dans l'espace du voyage devient pour cette recherche un espace potentiel de création de la pensée.** Comme si, à l'inverse, le fait de rester à la même place pouvait être mortifère. A partir de cette remarque qui a une fonction de pré-conception, j'interrogerai le sens du départ pour certaines personnes SDF qui prennent le train ou qui restent dans les gares, en partance pour ailleurs. Je mets ici en relation le déplacement du

corps dans l'espace et le processus de pensée. La potentialité créatrice du voyage semble tenir à des conditions d'immobilisation de la motricité comme le remarquait S. Freud lors d'un voyage en train. A contrario, la marche et le déplacement dans la ville pose alors la question de l'immobilisation de la pensée. J'approfondirai cette question à partir de la mobilité / immobilisation observée dans les manifestations de l'errance (cf. chap. 3).

Avec ces voyages, les gares me sont, de fait, particulièrement familières ainsi que les couloirs des métros lyonnais et parisiens où j'ai pu, comme tout passant, prolonger mon observation. Ce parcours, toujours identique, peut rappeler celui de la personne SDF, que j'ai appelé "syndrome de l'escargot" (cf. 2.1.3.1. Le "syndrome de l'escargot", chap. 3), qui circule en passant par des points de repères fixes, dans une répétition du trajet (même si ce syndrome relève d'une autre complexité psychique). Outre la circulation entre deux villes, le parcours d'errance du dispositif de recherche s'inscrit dans le passage entre l'intersubjectif et l'intrapsychique.

2.2.2. Du groupe à la relation duelle ou du groupe familial au couple

Le parcours de l'objet de recherche est coexistant de mon parcours personnel impliquant certaines résistances épistémologiques, voire des résistances personnelles. De ma présence en tant que stagiaire à un groupe de SDF en lieu d'accueil de jour, j'ai pu expérimenter les dynamiques groupales communes à tous les groupes et aussi celles spécifiques à ce groupe de sujets en errance ou vivants dans la rue. La difficulté de ma position stable de Moi idéal du groupe SDF (« la plus belle », « la plus sympathique », « la meilleure stagiaire », etc.) a fait écho en moi avec ma position intra-familiale (l'enfant « tout parfait »). Bien que narcissisante, cette position en Moi idéal fait aussi souffrir par l'immobilisation qu'elle implique et par les contraintes qu'elle impose d'être toujours ce que les autres espèrent (par exemple à travers les attentes des institutions d'accueil à propos de la recherche). Au cours d'un an et demi de "bain de groupe", j'ai tenté de transformer cette position dans le groupe SDF, mais cela semblait impossible, j'avais moi aussi pris une place dans l'organisation groupale.

A partir de cette expérience de la résistance de l'objet de recherche, la réflexion sur le fonctionnement groupal s'est imposée comme le fondement de cette recherche. Mon désir de compréhension du groupe s'est transposé en un temps intermédiaire d'errance entre relation groupale et relation individuelle par des rencontres aléatoires au cours de l'année de préparation du DEA. Je

m'interrogeai alors sur ce qui conduisait un sujet à participer à un groupe. J'avais besoin de comprendre la liaison entre la dimension subjective et l'intersubjectivité (aussi bien dans la situation de SDF que pour moi). Le temps du DEA aura représenté d'une part, pour la recherche, et d'autre part pour moi, le tâtonnement nécessaire à la construction de liens et de repères préparant à une "aventure" au long cours (comme la thèse et comme les suivis au long cours). **Enfin, lorsque j'ai réalisé que les liens intersubjectifs étaient déjà-là dans la rencontre avec un sujet, je me suis engagée dans la quête de cette organisation interne des liens intersubjectifs** (ce qui a fondé l'hypothèse sur le transfert des groupes internes, chap. 1). J'ai pu alors rencontrer des personnes SDF sur le long terme et me confronter au transfert en acceptant de prendre, peut-être comme dans le groupe du lieu d'accueil, une place inconfortable dans leur monde interne et dans la scène transférentielle.

Je veux montrer ici à quel point l'objet de la recherche évolue avec le chercheur pris dans un ensemble de liens et dans un environnement lui-même en mouvement. Aussi le chercheur porte-t-il sa recherche, autant qu'elle le porte et le transforme. Cette reconstruction après-coup de notre parcours (ma recherche et moi) montre le lien intime qui nous unit dans un va-et-vient entre découvertes personnelles et découvertes de l'objet de recherche. Il faut noter, dans ce parcours, l'intervention de la figure du tiers représentée par le directeur de recherche, le travail de la supervision et le groupe de travail, et le rôle des soutenance qui valident ce lien en lui permettant de perdurer et de se transformer. Entre les rencontres avec les personnes SDF, il m'a été nécessaire de trouver des lieux de dépôt ou des lieux de ressource face au coût psychique de la rencontre et de la démarche d'aménagement du cadre de la recherche.

Si j'ai choisi de montrer les étapes de transformations au fil de mes propres découvertes, c'est pour souligner l'implication du chercheur dans la recherche en psychologie clinique et parce que ce cheminement (errance nécessaire) n'est pas sans rapport avec l'objet de recherche lui-même.

3. L'APRES-COUP DE LA METHODOLOGIE – ANALYSE

3.1. Analyse du cadre des entretiens

Cette réflexion et ce travail du cadre a fait partie d'un questionnement de praticien très important pour moi puisque les entretiens "au dehors" (dans la rue, etc.) variaient dans leur durée (aux maximum trois heures, de 15 min à deux heures). Ce qui faisait alors cadre dans la relation était mon cadre interne d'écouter, le cadre externe n'ayant plus sa fonction d'étayage. La problématique que pose le cadre se situe au cœur même de la problématique du sujet SDF. **Les aménagements du cadre des rencontres sont des particularités de fonctionnement des sujets rencontrés, ils assurent la figuration externe de ce qui ne peut se représenter au niveau de l'appareil psychique.**

Même si différents termes existent pour nommer le cadre (setting, site), je tenterai de le définir selon certaines références théoriques au regard du dispositif de recherche avec les personnes SDF.

3.1.1. La notion de cadre

L'étude du cadre en tant que concept prend racine dans la pratique psychanalytique. L'objectif étant de mettre en place une recherche et non pas d'engager un processus thérapeutique (comme je l'ai déjà précisé dans la présentation des objectifs de cette recherche), nous verrons comment cette différence de fond introduit quelques différences sur la forme du cadre.

J. Bleger en 1966 définit la situation psychanalytique comme une interaction entre deux entités : le cadre et le processus. Le processus est « un objet d'étude, d'analyse et d'interprétation » (1966, p. 257), alors que le cadre est considéré comme un non-processus, comme une série d'invariants, de constantes à l'intérieur desquels le processus (ensemble des variables) peut advenir. J. Bleger insiste sur cet ensemble de normes et d'attitudes qui fait du cadre une institution au sein de laquelle des comportements se produisent. En tant que tel, le cadre fonctionne comme délimitation de l'image du corps et comme noyau de base de l'individu. Le cadre est considéré comme le dépositaire de la partie indifférenciée et non-dissoute des premiers liens symbiotiques (la partie la plus psychotique du moi). Le développement du moi dépend alors de l'immobilité du non-moi. Le

cadre a une fonction de dépôt des éléments les plus archaïques du patient. Ce cadre muet apparaît alors seulement dans la rupture ou dans la menace, il peut alors devenir objet d'interprétation.

« Il est l'implicite dont dépend l'explicite » (*op. cit.*, p. 261).

J. Bleger identifie deux cadres : celui qui est proposé et maintenu par l'analyste et consciemment accepté par le patient, et celui du "monde fantôme" sur lequel le patient projette, celui-ci représente la compulsion de répétition. C'est dans l'écart entre les deux cadres qu'apparaît pour le patient son cadre interne projeté, jusque-là muet. Ainsi, je comprends que les "attaques" du cadre par Monsieur T. (entretien de trois heures, déplacement, absence) correspondent à ce qu'il apporte au cadre de sa propre organisation.

Dans le cas de la cure des névrosés, le cadre en constitue le fond silencieux. Cependant, comme J. Bleger le souligne, pour le cas des patients états-limites, de structures caractérielles ou d'organisation narcissique, le cadre est remis en question par leur incapacité à s'en servir ou à le respecter.

S. Freud n'envisage pas le cadre en tant que concept, il ne sera élaboré que dans l'après-coup de la description de la cure. La qualité du processus est alors liée aux conditions matérielles qui définissent le cadre. D'après M. Croisant, S. Freud définit « la nécessité d'un cadre temporel, standard, uniformisé, le même pour tous dans une référence surmoïque, d'un autre côté la nécessité de respecter le rythme propre de l'analysant » (M. Croisant, 1998, p. 14).

Quant à **D.W. Winnicott**, il utilise le modèle des soins maternels pour sa pratique et notamment l'application des concepts de holding et de la mère suffisamment bonne (1956). Il insiste donc sur la préoccupation de la continuité. Il assimile la situation du soin à la mise en situation de la régression au maternage, ce qui implique alors une tentative pour symboliser les conditions de la symbolisation.

Le cadre et le rêve (A. Green, J. Laplanche, M. Fain, D. Braunschweig). Le modèle du cadre s'appuie sur une analogie à celui du rêve (de "L'interprétation des rêves" 1900) où le cadre de la cure tend à simuler l'espace de la fabrication du rêve du fait de la double clôture des pôles perceptuel et moteur. La régression topique y est favorisée, en découle une régression temporelle et la transformation de l'image visuelle en discours.

W. Bion, dès 1962, proposait la relation entre contenant et contenu où l'un dépend de l'autre conjointement. **R. Kaës** prolonge cette idée avec la notion de conteneur qui met l'accent sur la capacité transformatrice du contenant, doté de la fonction alpha de Bion. **D. Anzieu** précise alors

que la fonction contenante du cadre est de l'ordre du pare-excitation, alors que la fonction conteneur est de l'ordre de la surface d'inscription.

Par ailleurs, **D. Anzieu** entend le cadre comme homologue à la structure topographique de l'appareil psychique. Il emploie la métaphore du Moi-peau (1974, 1985) dont les fonctions sont reconnues dans le cadre analytique. La fonction de pare-excitation et la fonction de surface d'inscription sont des enveloppes psychiques. D. Anzieu insiste alors sur le cadre qui varie selon la configuration des enveloppes psychiques qui l'encadrent.

A partir de la synthèse précédente sur la notion de cadre en psychanalyse, je propose de regrouper les caractéristiques du cadre pour tenter de définir celui que j'ai construit pour le dispositif de recherche :

- Espace d'invariants, comme condition nécessaire au déroulement du processus transférentiel, avec une fonction de bordure, de limite ou d'étayage.
- Le registre matériel : règles fixes spatio-temporelles et pécuniaires qui font l'objet d'un contrat ou d'une convention entre l'analyste et l'analysant.
- Le registre prescriptif : énonciation de la règle fondamentale.
« A l'association libre sollicitée chez l'un, répond l'attention flottante attendue de l'autre » (M. Croisant, 1998, p. 15).
- La règle d'abstinence, ce qui crée une situation d'appel au fonctionnement transférentiel, sur fond d'inhibition du but de la pulsion.
- Le registre psychique : alliance thérapeutique à partir de laquelle le cadre a un fonction contenante.

3.1.2. Les fonctions du cadre, application au cadre du dispositif de recherche

- Fonction transitionnelle : le cadre est un espace transitionnel entre l'espace symbolique et l'espace des réalités biologiques (dans les entretiens de recherche, la parole prend appui sur les besoins biologiques : boire, fumer, manger, se toucher), l'espace social (facteurs temporeux-sociaux et économiques) et l'espace des réalités psychiques.
- Fonction de délimitation : limitative, instituante et différenciatrice. J'ai observé qu'avec les personnes SDF, le cadre est essentiellement convoqué dans cette fonction de limite, de borne à ne pas dépasser pour ne pas confondre les registres affectifs, sociaux et psychiques (cf. relation avec

Monsieur T., chap. 4). C'est à partir de cette délimitation que peuvent exister les outils du chercheur. Le cadre est alors convoqué dans sa fonction de hiérarchisation topique par différenciation des registres d'intervention auprès de la personne. Monsieur A. a d'ailleurs mis à l'épreuve cette fonction en faisant coïncider l'entretien de recherche avec un rendez-vous avec son assistante sociale. Cette hiérarchisation permet aussi un arrimage de repères chronologiques. Bien souvent, les entretiens de recherche entraînent dans une logique d'organisation de la semaine pour le sujet. M^{elle} A. se fixait des temps de présence des différents intervenants :

« ...le lundi, je vois untel, le mardi je suis à l'accueil de jour, le mercredi on se voit, etc. ».

Lorsque cette limite du cadre est posée, le chercheur en est le représentant ainsi qu'il y est assujéti (terminer un entretien au bout du temps fixé malgré l'émergence de nouveaux éléments). Dans ce cas, le cadre fonctionne comme tiers dans la relation (cf. relation avec Monsieur A., chap. 4). Les rituels d'accueil seront les signes de cette fonction de délimitation du cadre.

- Fonction contenant / conteneur : cette fonction du cadre s'appuie sur la métaphore d'un contenant-peau. Dans les entretiens de recherche, cette fonction de contenant-peau s'appuie sur la concrétude des murs par exemple (salle du groupe en lieu d'accueil, appartement) ou sur les éléments du dispositif (bloc-notes ou magnétophone) ou sur le chercheur (je remplace la béquille de Monsieur T. pour l'aider à se déplacer). L'instauration de cette fonction du cadre vient suppléer le défaut d'introjection de la fonction contenant-maternel et ses avatars. Le cadre a une capacité de transformations des contenus projetés ou déposés homologue à la capacité de rêverie de la mère (transformation des éléments bruts par la fonction alpha qui donne du sens aux projections imaginaires).

« Alors que le cadre est la partie immobile et stable de la personnalité, et qu'il reçoit en dépôt la partie la plus psychotique et symbiotique de la personne, le conteneur représente l'aspect actif de ce support, par lequel la mère grâce à ce que Bion appelle la capacité de rêverie est en mesure de modifier les projections douloureuses du bébé » (R. Kaës, 1979, p. 71).

La fonction de conteneur est la transformation de sens, c'est-à-dire une fonction de liaison. Dans les entretiens de recherche, cette fonction de liaison est à interroger dans le sens où les effets éventuels de la liaison ne sont pas accessibles.

- Fonction symboligène : Cette fonction vise la symbolisation par substitution de la capacité de maîtrise. De ce point de vue, le cadre représente pour R. Roussillon (1995 c) la symbolisation de la symbolisation. Le patient peut alors transférer sa capacité de symbolisation interne sur le dispositif thérapeutique. C'est à partir de cette proposition que je relèverai les éléments symboliques du cadre

déposés par le sujet. Cette fonction du cadre est en travail dans le setting mis en place avec les personnes SDF dans le sens où, dans le temps de l'entretien et par ce transfert particulier de la capacité à figurer, se révèle leur appareil interne à figurer. Ainsi, on peut comprendre les attaques contre le cadre comme les failles de la symbolisation, ce qui devient un outil d'analyse.

- Fonction de médiation : entre les analystes puisque toutes les règles doivent être observées par tous et pour tous. Face à certaines adaptations du cadre (aller dans la rue, chez les personnes, tutoyer, embrasser sur les joues pour saluer, etc.), j'ai pu d'ailleurs ressentir une honte par rapport à mes pairs. C'est ce que B. Duez appelle le vécu de solitude contre-transférentiel marqué par l'ambiguïté (J. Bleger, 1967) qu'il identifie comme signe du transfert topique (B. Duez, 2000 a et b). Les pratiques d'entretiens de J.P. Chartier dans les cafés, de A. Vexliard dans la rue ou de P. Declerck dans les centres d'hébergement ont eu une fonction de réassurance quant à la fonction de médiation du cadre mis en place, je pouvais dès lors le rendre communicable sans honte.

L'aménagement du cadre et ses modifications temporelles et spatiales, perçus dans un premier temps comme un problème, se présentent ensuite comme du matériel clinique en tant que tel, dans la mesure où le cadre est ce qui permet au sujet d'exister. Dans l'analyse de la clinique, j'interrogerai ce que le cadre symbolise et comment le sujet existe en appui sur ce cadre (cf. 5.5. Les cadres d'accueil du clinicien comme indices du monde interne, chap. 4). **Le dispositif mis en place propose les conditions de la transitionnalité en fonction de la capacité de dépôt du sujet.** Le cadre est une construction commune dans le sens où les modifications du dispositif appartiennent en même temps à mon implication et en même temps à celle du sujet rencontré. En effet, à partir du dépôt du récit des personnes SDF, plusieurs utilisations du dépositaires peuvent être repérées. La fonction de pare-excitation consiste à ne pas "re-traumatiser" le sujet au cours de son récit. La fonction de dépôt intervient alors pour évacuer ce qui serait du côté du trop plein d'excitation. On peut aussi repérer la fonction-poubelle⁵³ ou dépotoir qui sert à la transformation des éléments bruts par détoxication de l'espace psychique pollué. Ces différentes fonctions font de l'utilisation du chercheur une fonction intermédiaire et conteneur.

⁵³ Cf. J. Rémy-Barré (2001) qui comprend le dépositaire dans sa fonction d'accueil des "projections merdiques" du sujet SDF, contenus sales et salissants.

3.2. Le processus de recherche : de la confusion au "recul"

L'analyse du processus de recherche a une fonction essentielle dans ma démarche. Comprendre la logique causale des progressions dans la méthodologie du dispositif et dans la construction de l'objet de recherche a permis l'introduction d'un écart différenciateur entre les personnes SDF et ma démarche de recherche. Même si les mouvements contre-transférentiels dans la recherche et dans ma vie personnelle invitent à la confusion, il s'agit pour moi de donner un sens après-coup à mon parcours de chercheuse. La recherche clinique, c'est aussi être à l'écoute de ses propres découvertes personnelles au cours de la recherche. Ecouter en soi les résonances du dispositif de la recherche pour entendre ce qui ne se dit pas dans les entretiens, mais ce qui apparaît comme transfert dans la recherche. Le retour du refoulé ou du clivé est apparent dans ce dispositif, dans ce que j'ai choisi de noter ou d'omettre.

"Prendre du recul", "mettre de la distance" sont des expressions qui ont été agies dans la recherche par une mise à distance réelle avec les personnes SDF de mon lieu d'observation premier (la grande agglomération). Le mouvement psychique de distanciation s'est étayé sur la distance réelle d'avec l'objet de recherche (par exemple dans les va-et-vient entre la grande et la petite agglomération pendant un an) autant que sur un travail psychique d'élaboration (dans le cadre d'une supervision par exemple).

3.3. La recherche clinique comme recherche-intervention

Ce terme de recherche-intervention est généralement employé dans le cadre des recherches en sciences de gestion ou encore dans le milieu médical. Je propose de discuter ici cette idée de la recherche en psychologie clinique comme ayant une action au plan transformationnel du milieu dans lequel le chercheur intervient. La transformation est liée à la croissance de liaison qui propose une ouverture (pour le chercheur, pour les travailleurs sociaux). La recherche, par le mode d'investigation du lieu (choix de rencontrer les personnes dans un lieu particulier avec des outils spécifiques) produit une représentation nouvelle que les acteurs de terrain s'approprient et qui permet d'enclencher un processus de changement avec une participation active des acteurs. Sans avoir volontairement cet objectif de transformation, nous pouvons cependant en constater les effets. Les acteurs deviennent partenaires de la recherche aussi bien que des consommateurs potentiels. C'est ce qui s'est produit au cours de ce travail de thèse. Une dynamique de recherche et de

compréhension s'est installée au sein de l'institution m'accueillant sur le lieu de recherche jusqu'à la formation d'un groupe de travail sur la thématique de l'errance (cf. travail de LERR).

Comme je l'ai souligné, l'intervention dans un milieu quel qu'il soit, influence en retour le chercheur qui doit repérer ce qui pourrait faire obstacle : séduction du milieu, rejet déguisé de la recherche par assignation à une place non désirée ou trop désirée, installation psychique. Ces aspects doivent être pensés comme des outils de travail et comme indicateurs de la représentation d'une équipe de terrain à propos de l'objet de la recherche, ce qui donne des indications sur l'objet même de la recherche. Interroger les travailleurs sociaux sur leur compréhension des situations et échanger à propos d'hypothèses sur le fonctionnement de certaines personnes SDF rend compte d'une modalité de liaison entre représentation et vécu de la relation. Cette investigation comporte aussi le risque d'une déformation du regard de l'objet de recherche en fonction du milieu, d'où parfois une difficulté dans l'aménagement de la distance nécessaire à la pensée.

Aussi, je me suis rendue compte, au cours d'une crise institutionnelle, combien la distance entre les personnes SDF et moi se répercutait dans l'inter-transfert institutionnel sous forme de destructivité et/ou d'urgence à séduire. J'ai compris que l'institution ne pouvait pas tout entendre et particulièrement sur la place du désir dans le travail social avec des populations marginales. Aussi ai-je pu saisir, au travers de ce moment de changement, d'autres aspects de l'objet de recherche, la force de mon engagement auprès de l'équipe et leur représentation d'un clinicien chercheur. Ceci rend compte de la difficulté de penser, d'introduire de la pensée face à des sujets en souffrance de liens psychiques. C'est pourquoi, réfléchir à l'écho de la problématique des sujets SDF dans les institutions de soin ou d'aide sociale s'impose, de la même manière que s'impose l'analyse des enjeux transférentiels de la rencontre avec le sujet pour le chercheur.

3.4. L'analyse du contre-transfert comme outil méthodologique

Comme toute situation d'interaction humaine, l'entretien est une situation transférentielle. J'ai choisi de prendre en compte le contre-transfert dans une visée méthodologique, comme instrument de travail.

L'étymologie du terme contre-transfert (*Gegen-Übertragung*) suggère un sens assez précis par opposition au transfert (gegen : contre) :

« ...il s'opposerait au transfert, surviendrait après le transfert, serait déterminé par lui, il serait essentiellement second et réactionnel » (M. Neyraud, 1974, p. 14).

Cette définition est à resituer dans le cadre de la découverte de S. Freud comme un en-plus de la cure des névrosées. Ces charges affectives que ressent le médecin ou le thérapeute viennent non seulement de son implication dans le transfert qui lui est adressé, mais aussi de l'analyste lui-même, de ses pensées.

3.4.1. Le contre-transfert spatial

Je ne parlerai ici que de la forme du contre-transfert, le contenu sera abordé dans le cadre des relations avec chaque personne rencontrée. Le parcours évoqué précédemment rend compte d'un contre-transfert particulier qui se manifeste dans l'espace et dans le déplacement (errance dans la ville pour le contact des personnes SDF, circulation réglée entre deux villes). En effet, j'avance l'idée que le transfert dans l'espace dans la situation transférentielle implique un contre-transfert spatial, c'est-à-dire qui se joue sur le même mode (cf. une illustration du contre-transfert spatial, 2.2.1. Les scénarii privés, chap. 3). Ainsi, en fonction de chaque pathologie spécifique des sujets rencontrés, il existerait peut-être un contre-transfert utilisant les mêmes canaux d'expression que ceux du transfert. Par exemple, une pathologie qui se situe au niveau d'une difficulté des éprouvés primaires va produire un contre-transfert autour de la sensation et de l'émotion⁵⁴. Mais cette proposition généralisante reste à démontrer et ce n'est pas ici l'objet de cette recherche.

3.4.2. La contrainte de l'après-coup

Eu égard aux errances du dispositif de l'entretien et du dispositif de recherche (projet de comparaison entre deux villes par exemple), je parlerai d'une contrainte de l'analyse après-coup des vécus liés à ces errances. Cette clinique contraint à se situer dans l'après-coup sans quoi l'inerte prendrait place figeant les processus dynamiques. Mes questionnements méthodologiques et l'implication dans ma vie personnelle des effets de la rencontre avec les sujets SDF m'ont conduite à réfléchir sur les enjeux contre-transférentiels. J'ai procédé en deux étapes pour l'analyse du contre-transfert. La première s'est déroulée dans le cadre d'une supervision où j'ai pu identifier les mouvements transféro-contre-transférentiels propres aux rencontres avec les personnes que j'ai suivies sur le long cours. La deuxième étape a consisté en une analyse de ce contre-transfert au

⁵⁴ Considérons différents travaux de mes collègues chercheurs notamment pour cet exemple celui de N. Calenzo sur l'expression du vide dans un groupe de patients psychotiques, 1998, *La fonction du vide dans un groupe Photolangage*, Mémoire de DEA, Université Lumière Lyon 2.

regard des hypothèses de recherche avec le directeur de recherche. En cela, l'analyse du contre-transfert a été un outil essentiel dans l'avancée de la recherche.

3.4.3. L'écriture et la question de la trace du sujet

L'écriture des cas cliniques pose plusieurs questions qui sont en rapport avec la population rencontrée et engage une réflexion sur le processus même de l'écriture. En effet, l'écriture mobilise une préoccupation sur la trace du sujet et sur ce qui est transmissible. Confrontée au décès de plusieurs personnes SDF, de nouveaux éléments d'anamnèse me parvenaient parfois. Avoir à « utiliser » des informations post-mortem me posait des problèmes de culpabilité⁵⁵, éthiques et déontologiques. Même si l'anonymat est conservé, qu'en est-il du respect de la fin de la vie d'un sujet ? Ai-je encore le droit d'utiliser ce dont il témoigne par sa mort ? C'est en particulier au sujet du cas de Madame D. (cas développé dans le chap. 4) que ces questions se posaient. Elle avait souhaité rompre avec les membres de sa famille de son vivant et avait transmis qu'elle ne voulait pas de leur présence à son enterrement, alors qu'elle demandait à ses assistantes d'être présentes (je m'y suis rendue également). Il existe un sentiment d'indécence à être proche lorsqu'on n'est pas légitimé (par exemple par les liens familiaux). Plusieurs sentiments s'entremêlent à l'occasion d'un décès d'une personne dont la vie va être "exploitée" pour une recherche. Comment conjuguer le respect et la pudeur pour l'histoire du sujet après sa mort, même pour un homme de la rue, et volonté de recherche ? Étonnamment, j'ai pu lire que des auteurs⁵⁶ ayant travaillé sur les témoignages des rescapés de camp de concentration pouvaient ressentir une certaine impudeur à oser parler de la tragédie de ces hommes et de ces femmes. Tous, cependant ont également pensé que leur vie ne devait pas rester lettre morte. Outre l'intervention du décès des témoins, je me suis interrogée sur la manière de transmettre le récit de contenus horribles (Monsieur A. récit une scène de guillotine d'une femme en prison, chap. 4).

L'écriture laisse des traces de ces vies, de ces histoires pour des sujets en mal d'inscription symbolique, en souffrance de rupture de liens de filiation, en manque

⁵⁵ Comme le souligne J. Gillibert (1979) à propos des œuvres littéraires « il faut passer par la mort et par le meurtre – l'assassinat des imagos dirions-nous – pour écrire, c'est-à-dire réussir cet acte, qui, de par sa réussite même concernera tous les hommes de la terre, même les plus rebelles » (p. 240).

⁵⁶ Cf. B. Mounier, 1988, "Témoigner", *Entrevues*, n°16, pp. 43-53 et 1993, "L'irréparable vivre après avoir été déporté en camp de concentration", *Correspondances freudiennes*, n°39, pp. 17-24, R. Waintrater, 1997, *La valeur du travail psychique du témoignage dans la transmission de la Shoah*, Thèse de Doctorat.

d'origine. La rencontre avec le chercheur lui donne une position d'exception qui offre alors une possibilité de structuration de la trace en tant que tiers et par là ouvre à la symbolisation.

Témoigner, c'est déjà pouvoir nommer pour certains. Exposé publiquement par un écrit, le parcours du sujet est valorisé. Madame D. me demandait de faire un livre de sa vie. Monsieur N. était particulièrement attentif à mes notes prises dans les couloirs du métro en face de lui. Monsieur T. contrôlait l'enregistrement de son témoignage sur la cassette audio. Je pense que tous cherchaient un lieu d'inscription qui perdure après leur mort. Aussi, j'ai malgré moi fait office de lieu de dépôt d'histoires de vie et de la souffrance subjective. Le témoignage contient toujours une adresse à l'autre au destinataire ou au dépositaire (ou encore au *témoignaire*⁵⁷). Dans cette perspective, le travail de l'écriture permet une transformation (au sens de W.R. Bion, 1965) contre la formation de crypte. L'écriture favorise le travail de liaison des éléments éparses de la vie du sujet, parfois possible seulement après le point final du récit, c'est-à-dire la mort. Le travail de l'écriture est aussi un moment d'élaboration, de travail sur sa propre écoute car le témoignage en soi en tant que relation factuelle n'a pas d'intérêt. Le témoignage est à l'adresse d'un autre, en présence de...

« L'écriture me paraît métaphoriser une recreation de la parole qui la soustrairait à l'effacement de l'oubli dans le silence de l'écoute et travaillerait dans la mémoire dont elle rend et garde visibles les traces » (J.C. Rolland, 1988, p. 119).

C'est le point où l'interprétation scientifique est au contact de l'interprétation analytique, dans une position de créativité. Le statut de vérité de ce dépôt, par le témoignage, peut fonder une vérité dans cette recherche et plus généralement en clinique.

⁵⁷ « Le témoignaire est celui qui recueille le témoignage, dans une tentative sémantiquement imparfaite de restituer quelque chose du mouvement du témoignage en train de se faire » (R. Waintrater, 1997, p. 50).

Le parcours méthodologique, à travers des choix et des réorientations, est un indicateur d'analyse de la problématique de recherche. L'évolution de ma conception du cadre de rencontre des sujets SDF permet de réaliser l'importance du lieu de rencontre pour des populations en errance. L'appui sur le cadre interne de l'écouter, particulièrement mis à l'épreuve dans des conditions de rencontre hors d'une demande de soin, accentue le défaut des limites de l'espace contenant du sujet. Le contre-transfert spatial rend compte du canal de transmission des éléments du transfert qui se traduisent en actes (par la motricité et la circulation). Il semble alors d'autant plus essentiel d'en prendre conscience pour réintroduire un espace de pensée dans des lieux intermédiaires (supervision, groupe de travail). Les conditions de possibilités de rencontre avec des sujets en errance et en souffrance d'ancrage identitaire façonnent un chercheur malléable face à une clinique multiple, particulièrement dans la perspective d'une recherche exploratoire. La partie suivante indique d'ailleurs la méthode d'organisation des champs cliniques dans une tentative de classement d'éléments hétérogènes par leur nature. Cette partie rendra compte de la méthodologie effective de la recherche qui a guidé l'investigation clinique et orienté le mode de présentation des éléments cliniques éparses.

4. METHODE D'ORGANISATION DES TROIS CHAMPS CLINIQUES

Après avoir rendu compte des logiques sous-jacentes au processus de recherche, j'aborderai maintenant les questions techniques, à travers une classification et une organisation des données objectives.

Face à la multiplicité de la nature des éléments cliniques recueillis, j'ai choisi d'organiser les données cliniques selon deux champs : un champ exploratoire qui regroupe le champ de la clinique groupale en institution et le champ de la clinique individuelle et groupale dans la rue et un contre-champ se rapportant aux entretiens de recherche sur le long cours.

- Un champ exploratoire à partir d'une observation de sujets SDF en groupe en lieu d'accueil

- Un champ exploratoire des personnes SDF dans la rue à travers des entretiens uniques

- Un contre-champ avec des entretiens sur le long cours avec des personnes SDF

Le contre-champ ne se détermine pas en opposition avec le champ exploratoire, mais au contraire comme une mise à l'épreuve des éléments signifiants du champ exploratoire.

4.1. Le champ exploratoire

J'ai adapté, à la suite de B. Duez (1980), un outil de recherche à partir de l'expérience de la pathologie antisociale et de la grande marginalité. Nous qualifions cette méthode "d'observation topologique" prenant en compte les déplacements dans l'espace des sujets isolés ou groupés, adaptée à des populations qui, comme les personnes SDF, utilisent leur corps et le déplacement en lieu et place de la parole.

4.1.1. La méthode topologique

Je dois l'application et la construction de la méthode topologique dans la rue au travail d'H. Beauchesne (1988) sur "L'espace en psychopathologie". A partir de ses propositions, j'ai suivi une grille d'objectivation de l'occupation de l'espace (cf. schéma n°9) pour guider le recueil des données.

Schéma n°9 : Grille d'objectivation de l'occupation de l'espace selon les conceptions d'H. Beauchesne

Items de la grille de classification :

? Les différents espaces occupés par le sujet :

« L'homme construit autour de lui une série de zones en partant de la peau, du vêtement, du geste, de ses zones d'interactions, d'influence. Chacun a son espace qu'il utilise de façon personnelle, mais aussi une série d'espaces, espace corporel, espace péricorporel vécu comme intime et privé [...], espace social et culturel » (H. Beauchesne, 1988, p. 93).

? La nature de ces différents espaces et leur fonction manifeste.

? L'occupation de l'espace : « Les espaces parcourus et occupés peuvent être vidés ou organisés pour permettre ou limiter les échanges » (*op. cit.*, p. 95). L'attitude du sujet peut varier : du repli à l'exploration. Remplir l'espace par l'odeur ou la fumée, par le bruit, par le silence.

? L'occupation personnelle: elle concerne des territoires occupés par des personnes ayant un lien durable entre elles (par ex. la famille) ; celui qui y pénètre est totalement soumis à la loi du "propriétaire" (parties privatives) ; les signes personnalisés y sont très nombreux.

? L'occupation communautaire concerne des groupes dont la composition peut changer, mais dont les membres sont sélectionnés et les règles de fonctionnement sont clairement définies. Les signes sont relatifs au type d'activité qu'on y mène. Repérage des lieux qui ont une fonction communautaire, comment les règles sont transmises, quelle est l'organisation sous-jacente, quel est le pacte narcissique prévalent.

? L'occupation sociétale est celle des espaces sous la sauvegarde du public et ouverts à tous.

? La libre occupation : Ces lieux n'ont pas d'occupants permanents (plage, terrains vagues), pas de signes territoriaux, mais d'autres signes tels que poussières, détritits, etc.

? La relation à l'autre dans ces espaces : les distances de communication, la souplesse des attitudes et leur adaptation.

? La parole du sujet sur ces espaces : leur qualification (bons, mauvais; liberté, contraintes ; refusés ou acceptés ; agréables ou angoissants ; permis ou interdits ; pour soi ou non ; familiers ou étrangers ; ... « Des espaces sont l'objet de projection personnelle ou ont des valeurs symboliques ou sont réduits à l'objectivité d'un réel sans sens » (*op. cit.*, p. 95).

? La valeur symbolique accordée aux objets présentifiés : Les signes de marquage du territoire, occupation de l'espace urbain.

Toute menace de dérégulation des rapports sociaux s'accompagne d'un accroissement des signes territoriaux (panneaux d'interdiction, stationnement de véhicule, installations de baraques, ...) ou d'une augmentation des détritits (cartons, couvertures, etc.).

J'ai choisi de définir l'espace en termes de dimension, de parcours - cheminement (restriction, errance, ...) et de fonction. Ce découpage de l'espace m'a permis de constituer une grille de lecture de l'espace de la rue en déterminant les différents espaces occupés par le sujet, la nature de ces espaces et leur fonction, l'attitude du sujet dans les espaces parcourus, la relation à l'autre dans ces espaces et la parole du sujet sur ces espaces. Autrement dit, à partir des trajets et des parcours du sujet dans l'espace, j'ai d'abord observé ce que les psychosociologues appellent *la territorialité*. Celle-ci contient un « ensemble de pratiques spatiales exprimant plus ou moins explicitement un contrôle symbolique sur un espace donné, et par là même un certain type de rapport à l'environnement et aux autres groupes occupant la ville » (M.L. Félonneau, F. Richard, L. Gouineau, 1997, p. 161). Mon attention a, de ce fait, porté sur les signes de marquage du territoire⁵⁸, en tant que l'occupation du lieu est plus ou moins personnelle. Cette grille de lecture de la rue m'a permis de systématiser les rencontres dans une démarche "d'objectivation dynamique" de l'espace de la rue (espace urbain). Avec les questions suivantes à chaque rencontre : quel lieu, quelles personnes, quelle activité, quelle position spatiale de la personne, quels objets sont présents, comment sont-ils présentés, quel est l'éprouvé du visiteur. Un exemple d'utilisation de cette grille dans mes parcours quotidien est disponible au lecteur en annexe (cf. Grille des principales rencontres dans la rue, en dehors du local éducatif, en annexes).

4.1.2. Le champ exploratoire groupal en lieu d'accueil

4.1.2.1. Le groupe

L'observation du groupe s'est imposée comme méthode d'investigation pour connaître le sujet SDF, face à ma rencontre avec le fait que le groupe était un dispositif inhérent à la structure même du sujet (cf. 2.2. Du groupe à la relation duelle, chap. 2). Le dispositif prend appui sur le cadre déjà-là du lieu accueillant (accueil de jour), puisque la méthode connaît son objet en le cadrant par le dispositif où il se produit. L'attention a porté sur l'accueil de la personne, son mode d'entrée dans le lieu du groupe et sur l'observation des membres du groupe dans leurs comportements et dans

⁵⁸ La territorialité est définie par les éthologues comme « une pulsion innée de défense de l'espace vital contre les congénères » (D. Lassarre, 1988, p. 98). Le territoire est considéré par les psychosociologues comme une « zone d'emprise à laquelle un sujet – individuel ou collectif – peut se référer et donc s'identifier. Chaque territoire sera conçu comme le projection de l'identité du sujet » (M.L. Félonneau, F. Richard, L. Gouineau, 1997, p. 160).

leurs inter-relations. Cette méthode d'investigation du groupe a pour fonction de saisir la problématique individuelle des sujets groupés.

Ce dispositif de recueil des données découle de l'appareil psychique observé qui se traduit éventuellement en comportements et en paroles, dans la rue. Il s'appuie sur le comportement et le discours. Dans ce sens, le comportement dans un lieu peut être saisi comme discours du corps, comme discours individuel à destin groupal. Ainsi, le comportement est porteur de la symbolique du groupe en tant que signe de l'appartenance à un groupe (J.C. Rouchy, 1998). Un corpus de comportements répertoriés est le signe d'un groupe particulier. Donc, la codification des comportements partagés par le sujet et le groupe est spécifique à chaque groupe.

4.1.2.2. La méthode topologique dans le groupe

A partir de la méthode topologique dont le principe est de connaître le sujet en observant ses déplacements et ses trajets dans un espace donné, j'ai constituée une grille d'observation d'un groupe (cf. schéma n°10 : Grille d'observation d'un groupe de SDF). Cette observation en groupe dans un lieu institutionnel ne montre qu'une partie de la réalité. J'ai alors choisi de prolonger cette approche groupale dans l'environnement quotidien du sujet SDF, la rue, pour approfondir et mettre en discussion les premiers résultats observés en institution.

Schéma n°10 : Grille d'observation d'un groupe de SDF

Cette méthode a été construite à partir du dispositif du lieu d'accueil de jour.

1 - Schématisation d'un lieu fermé : portes, fenêtres, tables, coins spécifiques (café, repas, lecture), etc.

2 - Positionnement des personnes à un temps T, prise en compte de l'ambiance collective du moment liée à un contexte particulier (discussion improvisée sur un thème, introduction d'une chanson, réactions à l'entrée d'un enfant ou d'un bébé) ou à l'organisation institutionnelle (temps du repas, temps de la réunion hebdomadaire ou journalière).

3 - Les places régulières de chacun et le lieu attribué à telle fonction groupale (le lieu de la convivialité est près de la machine à café, les toilettes sont le lieu de l'intime et des transactions privées,...).

4 - Le choix préférentiel d'une place dans le lieu pour une personne en fonction de son évolution personnelle quant à sa participation au groupe et au lieu (de l'intégration à l'individuation-séparation).

5 - Le mode d'entrée et de sortie des personnes du lieu.

6 - Prise en compte de l'évolution de la personne par rapport à son positionnement dans le lieu : une personne qui reste debout pendant une première phase d'approche du groupe, puis s'assoit près de la porte, puis prend un café, ... Cet élément permet de voir, pour chacun, comment il a investi ou non un espace groupal et peut, dans le cas d'une modification de comportement, donner des indications quant à ce changement, en le resituant dans le comportement habituel ou d'approche du groupe. Quelqu'un qui se remet vers la porte après une période de participation à l'excitation collective, peut montrer des signes de prise de distance et alerter les intervenants.

Ces indices spatiaux sont les signes de la participation au groupe, de l'état d'intégration du sujet et de la gestion des places et des fonctions groupales dans un lieu. Cet outil propose une lecture de l'évolution groupale et de son organisation représentée dans l'espace. Une lecture de l'évolution subjective est possible aussi par une observation individuelle des déplacements et mouvements du sujet à l'intérieur des lieux.

Adaptation de l'outil à la rue :

Le lieu peut être également schématisé avec les objets clés et la configuration spatiale du lieu: par exemple, le choix d'un escalier devant une institution étatique. Les choix de positionnement dans ces espaces ouverts paraissent plus restreints du fait d'une description du lieu plus dépouillée (il y a moins de matériel à décrire). Mais la potentialité d'utilisation de l'espace est multiple : s'asseoir, rester debout, s'accouder au mur, utiliser un poteau pour figurer une séparation d'espace, utiliser le haut ou le bas des escaliers, etc.

4.1.3. Le champ exploratoire dans la rue

Mon attention a porté sur le mode de groupement du sujet SDF dans la rue. **J'ai alors collecté ce qui du groupal se traite dans le social à la manière de l'association groupale.**

« Et comme la similitude et la contiguïté sont les deux principes essentiels des processus d'association [...] » (S. Freud, 1912-13, p. 128), j'ai collecté ce qui était similaire et ce qui se proposait au fil des rencontres, un élément en découvrant un autre.

« Relevons toutefois que le fait que les deux principes de l'association, la similitude et la contiguïté, trouvent leur synthèse dans une unité supérieure : le *contact* » (S. Freud, 1912-13, p. 132).

Aussi, les personnes SDF ont été contactées sur leurs lieux de vie avec un protocole établi avec une équipe éducative de rue. Les rencontres avec les personnes SDF se faisaient au cours d'un parcours régulier et identique sur le centre ville ou directement sur des lieux fixes, dans les gares (fortement investies par les populations en errance), dans les rues, sur les places publiques, dans les souterrains du métro. Ces lieux de rencontres régulières ou ponctuelles sont en fait des points fixes du parcours quotidien des personnes SDF. En ce qui concerne le suivi des personnes, des rencontres ponctuelles se sont déroulées aussi dans les "lieux de couches", squats, sur et sous les ponts, également dans les cafés, mais aussi dans d'autres lieux tels que les hôpitaux, les chambres de foyer ou les appartements et dans le local des éducateurs. Au cours de ces rencontres, le recueil des faits cliniques devient un élément prévalent du dispositif à partir de ce qui se répète (cf. 4.1.3.2. La clinique factuelle, chap. 2). En effet, ce factuel est ce que partagent en commun de nombreux SDF telle que la perte des papiers d'identité, la perte des clés de chambres de foyer, le discours revendicatif, etc. Néanmoins, la constante de cette clinique est l'investissement important de la rue avec des parcours, des points de regroupement et des lieux électifs.

Le champ d'observation s'articule donc sur trois niveaux : un niveau groupal, un niveau individuel et un niveau spatial à travers l'espace public. Les données sélectionnées sont les indices de l'occupation spatiale des différents lieux. La méthode d'analyse des données est référée aux lieux, aux déplacements dans les lieux et à l'organisation géographique du lieu. Le repérage des parcours quotidiens, les paroles des personnes et les rencontres constituent les critères de la dynamique psychique SDF. L'approche clinique des groupes dans la rue tient compte des paroles des sujets et de leurs comportements en groupe. Ces indices spatiaux et comportementaux sont interrogés par l'objectivation des données langagières recueillies en entretiens individuels non-directifs.

Trois dimensions sont centrales dans le recueil des données dans la rue. La première concerne la rue et la vie dans la rue dans une approche davantage "ethnologique" que psychologique, à partir de l'occupation de l'espace en fonction des lieux et des personnes en se référant aux paroles sur ces espaces. La deuxième dimension prend en considération les éléments groupaux de l'organisation SDF dans un espace public, à partir des modes de groupement et de dégroupement et du fonctionnement interne des groupes de la rue. La troisième dimension est complémentaire à l'approche groupale, puisqu'il s'agit d'inscrire le vécu de la rue dans une histoire subjective par le discours personnel au cours des entretiens non-directifs et ponctuels.

4.1.3.1. La méthode topologique dans la rue

- Les pré-conceptions

La rue, en tant qu'espace collectif se constitue d'emblée et pour tout un chacun comme un espace potentiel de manifestation de la psyché. Cet espace a des qualités sociales (cf. 4.1.5. L'espace social, chap. 1), il est organisé par des règles collectives et par des conventions implicites et explicites, il est soumis à la loi. Les échanges y sont codifiés et organisés selon l'ordre symbolique. Il existe donc une anamorphie entre l'espace collectif et l'espace subjectif.

A. Mitscherlich, dans sa description des villes allemandes dans le temps de la progression industrielle, examine les fonctions de la ville pour l'homme. Pour lui, la ville est «un refuge, un centre de production et l'endroit où de nombreux besoins vitaux trouvent leur satisfaction. Elle est d'autre part un terrain nourricier, le seul où se développe la conscience, aussi bien la conscience de soi que la conscience du nous » (A. Mitscherlich, 1965, p. 18). Autrement dit, il attribue à la ville la fonction de socialisation et de reconnaissance de soi comme appartenant à un tout (le nous). La ville rend compte de cette tendance de l'homme à s'autoreprésenter à travers l'expression d'un esprit collectif. Ainsi, la forme de la ville devient une autoreprésentation et un indicateur pour le psychanalyste qui se soucie de la santé du collectif. Pour cet auteur, le penchant que nous avons pour une ville est l'aboutissement de processus psychologiques d'ordre affectif. Quand tout se passe bien, elle devient objet d'amour, comme réconfort et consolation dans le désespoir. Elle est "l'amante mère" dont on ne peut se détacher (question de la jouissance) ; mais elle peut aussi être le support de projections des déceptions pour s'éloigner d'elle. La ville deviendra étrangère, liée par exemple à l'enfance détestée vécue en ses murs.

De ce fait, l'espace de la rue n'est pas un hors-lieu, il est producteur de sens pour l'individu dont la gestion des pulsions est contenue de l'extérieur par les lois sociétales. L'espace urbain est d'abord un lieu fonctionnel. Il peut être convivial, froid, sale, il peut être qualifié et avoir des propriétés propres et variées. En dehors de ces repères qui se proposent en tant que bornes ou limites, la rue est un espace d'anonymat et d'activités non spécifiques (c'est-à-dire variées). Il ne s'agit pas alors de définir les composantes formelles de la rue que tout le monde connaît, mais plutôt d'en définir les caractéristiques qui entrent en résonance avec le psychisme du sujet errant.

- Analogie avec le cadre

La rue présente les caractéristiques du cadre organisé par la loi symbolique et par des interdits (l'atteinte à la pudeur est un délit par exemple) qui restent muets tant que le cadre ne fait pas défaut ou n'est pas remis en question.

- Analogie avec le rêve : la rue est un espace imaginaire

La rue possède aussi un potentiel de figuration des représentations inconscientes. Elle est comme l'espace du rêve et peut aussi simuler l'espace de fabrication du rêve (espace virtuel). L'espace physique est utilisé dans sa relative plasticité à l'espace imaginaire, il lui est plus ou moins semblable. La rue est un espace paradoxal, fait de contradictions et de libertés. Un espace ouvert et limité par la loi et les règles sociales, à tout le monde et à personne (espace paradoxal).

Ainsi, dans cette recherche, la rue sera l'espace naturel (pour les personnes sans domicile fixe) d'observation de l'appareil psychique subjectif qui se traduit en comportements, en paroles, en relations et en contacts (dimension du corps). A travers le rapport à l'espace de la rue, le sujet rend compte de son rapport à l'espace psychique, la rue proposant des caractéristiques formelles similaires, espace collectif et organisé groupalement.

- Analogie avec le groupe

F. Goldberg et A. Birraux pensent la rue comme "une métaphore de l'espace psychique" (1997) où la manière de l'occuper et de l'investir vont rendre compte du fonctionnement interne et des conflits du sujet. Au terme de cette recherche, nous verrons que la rue n'est pas une métaphore pour le sujet SDF, mais l'objet d'une relation sous la forme contenant-contenu. En effet, la rue est un espace intermédiaire entre le sujet et le monde, entre moi et l'autre. J'ajouterai que la rue va être le support figuratif des scènes internes du sujet emprunt de ses conflits et chargés des relations

intrasubjectives. A l'extrême, nous pourrions dire que pour certains, la rue ou l'espace de la ville sera le substitut d'un espace psychique désinvesti (expression du contenu par le contenant : lien métonymique). Dans cette perspective, j'ai formulé l'hypothèse que la rue deviendrait un prolongement de la psyché subjective sans différenciation entre le dehors et le dedans. Cet aménagement s'installerait par le mécanisme mortifère de périphérisation topique dans une contrainte à la répétition (cf. 5.2. Fondements théoriques et cliniques des hypothèses, chap. 1).

La méthode s'est construite sur une approche de l'espace urbain en tant que lieu de vie pour les personnes rencontrées. A partir de l'occupation massive des espaces urbains, j'ai choisi de recueillir, de classer et d'organiser les rapports observables entre le sujet et l'espace, c'est-à-dire dans le rapport à ses lieux. A partir du constat que la relation du sujet à la rue est un lien intime, j'ai tenté de classer les différents types de lien à travers plusieurs mécanismes psychiques (transfert, projection, déplacement, transformation).

4.1.3.2. La clinique factuelle

Dans les parcours dans la ville, il s'agissait de traiter le factuel présentifié par les personnes SDF et de déterminer à quelles conditions ce factuel devenait un élément clinique signifiant. Ce factuel est une communauté partagée par de nombreux SDF et devient un marquage identitaire, un repère, des rites de passages, des signes de reconnaissance. Par exemple, la perte des papiers d'identité, les actions de justice peuvent être comprises comme la recherche inconsciente ou consciente d'une réinscription dans un groupe qui passe par un acte de marquage. Nous verrons quel sens peuvent prendre ces faits pour chacune des personnes rencontrées. J'ai donc recueilli tout ce qui appartenait à ce factuel dévoilé par les personnes SDF au cours des nombreuses rencontres informelles. Certains exprimaient leur désarroi face à la perte ou au vol répété de leur carte d'identité, d'autres étaient désespérés devant leur difficulté à porter plainte pour une agression ou une "arnaque" dont ils avaient été la victime. Cette clinique, par sa permanence et sa récurrence se constitue comme des signes pour le chercheur à expliciter dans la dynamique psychique du sujet.

A partir de ma propre déambulation dans les rues, j'ai repéré l'importance de certains objets, soit dans le fait qu'ils soient possédés, soit par leur absence, qu'ils aient été perdus, volés ou jamais acquis (Cf. D.W. Winnicott et le possessing object, 1971). Les clés et les papiers d'identité sont les objets les plus significatifs de leur valeur symbolique pour le sujet. Ils sont directement rattachés à leur identité (Cf. Monsieur B., chap. 3). D'autres objets ont une valeur imaginaire comme

la bouteille, les papiers et les ordures. De quelle manière entrent-ils dans la mise en scène dans la rue des scénarii privés ? Les sacs à dos et les objets contenant (valises, sacs plastiques) ont aussi des valeurs particulières (cf. cas de Monsieur B., chap. 3). De manière générale, ces objets semblent comporter une importance dans la réalité en tant que support d'étayage à la figuration des processus psychiques (cf. 2.1.3.1. Le "syndrome de l'escargot", chap. 3).

A travers les parcours des personnes dans la ville, nous pouvons repérer des points fixes et des lieux électifs (lieu de mendicité, lieu de couche, lieu de regroupement, lieu d'hébergement, lieu d'accueil de jour) qui forment un parcours périphérique. Ces figures de la rue ont une fonction manifeste, mais qu'elle en est la fonction psychique (cf. 2.1.1. Une typologie de l'espace de la rue, chap. 3) ? La circulation entre ces lieux peut se représenter graphiquement et constitue une enveloppe externe, où le sujet est représenté sur la ligne de ce parcours à la limite entre monde interne et monde externe.

De même, dans l'analyse linguistique du discours, on repère des formes répétitives du discours (cf. schéma n°17 : La groupalité subjective dans le discours, chap. 3) qui constituent une façon pour le sujet de circuler entre ces différents pôles linguistiques.

Les dessins spontanés (que certains ont réalisé au cours des entretiens) entrent dans cette catégorie des éléments factuels à recueillir. Ils illustrent le parcours de la personne SDF sous la forme d'un parcours circulaire schématiquement représenté avec des points de passage obligés (foyer, rue, caravane). Nous verrons comment le sujet se représente dans ce tracé.

Ainsi, la méthodologie de recueil des données dans le champ exploratoire de la rue a consisté en un "ramassage" des éléments comme ils se présentaient (dessins, paroles, faits, lieux), selon la chaîne associative du parcours. C'est au cours de ces parcours que certaines personnes SDF ont accepté de témoigner de leur expérience de la rue (témoignages uniques et suivis au long cours).

4.1.4. Les témoignages uniques

Les rencontres ponctuelles dans la rue avaient pour but de permettre des premiers contacts en vue d'un entretien enregistré pour recueillir le témoignage d'une personne en particulier sur son expérience de vie dans la rue (cf. 4.2.3. Le contenu de l'entretien de recherche : le témoignage, chap. 2). La construction des modalités de l'entretien est la même que celle des suivis au long cours

(cf. 4.2.2. Le cadre de l'entretien de recherche, chap. 2). Plusieurs entretiens ont ainsi été réalisés et ont servi de base à l'élaboration des premiers résultats (cf. chap. 3, Deuxième partie). Ces résultats et ces premières pistes cliniques ont été mises à l'épreuve dans la clinique au long cours à partir des suivis au long cours de quatre personnes SDF.

L'écriture exhaustive devant la personne a été utilisée par elle-même dans la fonction de marquage symbolique, dans une tentative d'inscription des propres traces du sujet. Monsieur N., errant dans les couloirs du métro et au premier abord réticent à tout contact, a vérifié, par l'intermédiaire de la prise de notes devant lui, si j'écrivais la totalité de son discours sans le transformer. En même temps qu'il me décrivait la difficulté d'inscription de son existence et son sentiment d'éviction de la vie de ses proches, il tentait de réparer ce dommage à travers l'inscription de mes notes.

L'introduction du magnétophone a une histoire. Elle a été possible à partir de l'expérience de l'écriture exhaustive pendant l'entretien dans le métro décrit précédemment. C'est après avoir introduit le bloc-notes dans cet entretien, face à une personne évoquant pourtant des thèmes persécutoires, que j'ai compris comment ce dispositif pouvait, contrairement à mes attentes, répondre au désir du sujet. **En effet, la tentative d'inscription de la trace subjective peut être réalisée par l'écriture et par l'enregistrement.** Ce qui prend alors de l'importance pour les personnes SDF, devient la perspective de l'inscription d'une part, et la transmission à une instance reconnue comme valorisante et symbolisant la connaissance (l'université par exemple) d'autre part. Chaque histoire sera publiée, lue et transmise. A partir de là, l'introduction du magnétophone ne m'a plus posé de difficulté, mes propres résistances ont été dépassées (peur de réactiver la persécution). De plus, la prise de note après-coup ne m'aurait pas permis de faire une analyse syntaxique de l'espace du discours (cf. Monsieur M. et Monsieur B., chap. 3). Les entretiens recueillis ont été analysés en référence à une grille d'analyse du discours construite sur les bases de la linguistique et adaptée à la spécificité du discours SDF. Les formes verbales récurrentes et les procédés stylistiques propres à chacun ont été les indicateurs retenus pour cette grille (cf. schéma n°11, chap. 2) après avoir exploré d'autres méthodologies (M. Pêcheux, 1969, A. Blanchet et coll., 1997 par exemple). La possibilité d'introduire une technique de découpage du discours s'appuie sur le postulat que le langage puisse être aussi le lieu du symptôme.

Schéma n°11 : Grille de classification du discours

En appui sur le concept des contenants de pensée langagiers, j'ai constitué une grille d'analyse du discours principalement d'après l'analyse de la syntaxe⁵⁹.

« Un mot dans un discours ou un texte prend sens par effet de contexte, par les liens paradigmatiques et syntagmatiques qu'il noue avec d'autres mots » (H. Beauchesne, B. Gibello, 1990, p. 156).

Les contenants langagiers sont utilisés comme contenants externes. Cette grille a été établie sur le modèle de l'analyse du discours d'une personne SDF, Monsieur M. et a été utilisée pour le codage du discours des autres personnes.

1. Classement thématique : Points de passage d'une scène à l'autre, contenu manifeste, contenu latent, sentiment évoqué dans chaque thème. Une scène est définie comme un fait auquel on assiste comme spectateur, lieu où se passe une action. Mettre en scène, c'est disposer pour la représentation. Le récit de la scène convoque le registre de l'imaginaire chez l'écouter. Mais pour le sujet qui raconte c'est un mélange d'imaginaire et de réalité traversée par le fantasme.

2. Analyse quantitative du discours : Classification générale par catégorisation syntaxique en rapport avec la fréquence des mots utilisés et des types de mots. J'ai relevé les formes verbales récurrentes à travers 4 entretiens non-directifs après retranscription.

- catégorie des formes verbales à la première personne du singulier
- catégorie des pronoms possessifs à la première personne du singulier (mon, ma, mes, me)
- catégorie du pronom personnel "moi", sa fréquence et sa position dans la phrase⁶⁰
- catégorie des adverbes et connecteurs logiques (donc, et, puis, etc.).

3. Croisement des données de l'analyse thématique et de l'analyse quantitative du discours.

4. Formes stylistiques spécifiques : l'emploi du discours rapporté

⁵⁹ Une difficulté s'est rapidement posée lors du projet d'analyse des formes récurrentes du discours des sujets rencontrés : le style du discours est-il spécifique aux personnes rencontrées ou est-il dû au discours oral ? J'ai alors d'abord tenté de trouver des références en analyse linguistique pour connaître la fréquence normale des auxiliaires être et avoir par exemple, ou encore la fréquence d'emploi des pronoms personnels. Or, à cette époque, il existait essentiellement des normes concernant le discours écrit. Aussi ai-je dû accepter de construire une grille spécifique avec plus de prudence quant à des conclusions sur la fréquence verbale de telle ou telle forme stylistique.

⁶⁰ Le travail de D. Lagache (1939) a servi de guide pour repérer l'importance des pronoms personnels de la première personne.

Schéma n°12 : Synthèse de la méthodologie du champ exploratoire

Les matériaux	Types de données	Méthodes de recueil	Outils d'analyse spécifiques
<i>Observation informelle</i> <i>local éducatif</i> Données spatiales Dessins, cartes aménagement mouvements position du l'espace, Données groupales Données langagières		<u>Méthode topologique dans la rue</u> : grille d'objectivation de l'occupation de l'espace. <u>Méthode topologique dans le groupe</u> : grille d'observation d'un groupe	Outils d'analyse linguistique : grille de classification du discours.
<i>Groupe en</i> <i>groupes de la rue</i> position groupe, dynamique groupale Données graphiques		<u>La clinique factuelle</u> : recueil des faits qui se répètent. <u>Écriture exhaustive,</u>	Champ psychanalytique groupal
<i>Témoignages</i> notes, paroles, transférence du lieu éléments Transfert, contre-transfert	Données sociales Transfert, contre-transfert	<u>enregistrement</u> <u>Écriture après-coup</u> <u>Entretien clinique non directif</u>	Analyse du contre-transfert : supervision
<i>Equipe éducative</i> : éléments sociaux discours Données somatiques			Approche psychosomatique

Je développerai dès lors, la méthodologie de recueil et d'analyse de la clinique des suivis au long cours.

4.2. Le contre-champ, les suivis au long cours : construction de l'entretien de recherche

Le recueil des données du contre-champ a été réalisé dans le cadre des entretiens cliniques d'une part et d'autre part dans le cadre des rencontres dans la rue des personnes suivies dans des temps informels. L'entretien non-directif est une constante dans la recherche et a nécessité un travail approfondi de construction et de remaniements. J'ai introduit un test projectif et utilisé la prise de note après-coup de manière régulière (sous forme de carnet de bord).

4.2.1. La sélection des personnes pour les suivis au long cours

La sélection des rencontres cliniques s'instaure dans le lien étroit entre le chercheur et l'équipe éducative de rue. A partir des réunions d'équipes et à partir des contacts dans la rue, j'ai pu susciter la rencontre avec les personnes qui me paraissaient correspondre à mes critères de choix (cf. 1.3.1. Les critères de sélection, chap. 1). De plus, face à l'intérêt de l'équipe pour une personne en particulier, j'ai souvent choisi de la rencontrer. De ce fait, le travail de l'entretien clinique s'inscrit dans la complémentarité du travail de l'équipe éducative, avec des échanges d'informations et de vécu (travail de l'analyse de l'inter-transfert). Ainsi, pour Monsieur A., l'équipe a constaté des modifications dans la relation éducative coexistantes du début du travail de recueil de son témoignage. Monsieur A. pouvait, face à deux modes de relation (éducative et psychologique) représentés par deux personnes différentes, déconfusionner ses demandes. Il disait lui-même à son éducatrice « avec toi, on se parle, et avec Valérie, on ne se parle pas pareil ». Cette introduction de la différence n'a pu se faire que dans la perspective où Monsieur A. faisait la demande explicite de ne pas confondre les registres.

4.2.2. Le cadre de l'entretien de recherche

L'entretien de recherche s'appuie sur l'entretien clinique classique que je considère comme un outil en lui-même nécessitant une formalisation, deux autres outils lui sont interdépendants dans une clinique "à mains nues", à l'inverse d'une "clinique armée" (avec tests) selon l'expression de D. Lagache (1949). Il s'agit de l'enregistrement et du témoignage. Je reprendrai les bases de l'entretien clinique pour spécifier celles de l'entretien à visée de recherche.

L'entretien clinique est différent d'une interview, c'est l'écoute clinique dans la rencontre avec une personne qui fonde l'entretien. Ainsi, l'entretien est non-directif, non préparé dans le sens de

questions pré-formulées. L'espace de la relation se veut confidentiel et respecte l'anonymat de la personne. La consigne du premier entretien est toujours la même, il s'agit d'un énoncé tendant à faire expliquer l'origine des difficultés de la personne rencontrée lorsque l'entretien est enregistré. Dans ce cas la consigne peut prendre la forme suivante : « *Pouvez-vous m'expliquer comment vos difficultés ont commencé ?* ». La construction de cette consigne s'appuie sur deux exigences : ne pas provoquer de défense et proposer une ouverture suffisamment large avec le terme « difficultés » qui permet au sujet de centrer son récit sur l'expérience de la rue ou sur d'autres difficultés sociales ou psychologiques. En même temps, comme la consigne suit l'explication du sens de la recherche consistant à recueillir les témoignages de personnes ayant vécues l'expérience de la vie dans la rue pour mieux comprendre leurs difficultés, les personnes connaissent l'intérêt de la recherche pour l'expérience de la rue. Dans les entretiens suivants, le sujet est libre de parler de ce qu'il souhaite. J'ai parfois proposé : « *De quoi voulez-vous parler aujourd'hui?* ». Bien souvent la personne reprend un épisode de sa vie ou prolonge son discours dans la continuité des entretiens précédents.

« La consigne est la seule structuration formelle induite par le chercheur » (M.-F., Casterède, 1983, p. 12).

Aussi, le choix de cette formulation de la consigne oriente sur *l'origine* des difficultés, ce qui induit bien souvent chez le sujet, une recherche d'explication à sa situation (scénario imaginaire) le mettant d'emblée dans une situation de travail psychique ou de travail de la mémoire.

L'entretien de recherche s'appuie sur la forme de l'entretien clinique mais il n'a ni une visée thérapeutique (même si le souci de la personne est présent), ni un objectif diagnostic. Il respecte les exigences de la recherche dans le sens du consentement libre et éclairé. Dans l'entretien de recherche, la personne rencontrée a une tâche à accomplir indiquée par la consigne de départ. Cette consigne implique des présupposés et cerne le sujet dans une situation donnée (celle de l'expérience de la rue). J'ai déjà expliqué les aménagements du cadre de la recherche, et, je veux insister dès lors sur les invariants (au sens de W.R. Bion, 1965) du cadre de l'entretien définis par les outils adaptés à une situation. La consigne, la formalisation de l'entretien clinique, la position du chercheur face à un sujet souffrant, le témoignage et l'enregistrement constituent les invariants de l'entretien de recherche.

Dans la pratique avec les personnes SDF, la position du chercheur reste à réinventer pour chaque personne. Ce lien est décliné par les personnes SDF en négatif des liens connus, par élimination : ce n'est pas une relation mère-fille (ou père-fille), ce n'est pas une relation maritale, ce n'est pas une relation amicale, c'est une relation d'écoute. La rencontre avec le sujet errant

réinterroge la position du chercheur et les principes de base de l'entretien clinique. Le travail du négatif se fait connaître ici et la relation se détermine selon l'image de la *cuirasse caractérologique* (W. Reich, 1933), depuis les couches superficielles de la cuirasse jusqu'au couches plus profondes du passé le plus lointain.

« Qui est le chercheur » et « que veut-il » sont des questions particulièrement angoissantes pour les sujets rencontrés. C'est pourquoi, j'ai accepté la **présence de l'éducateur référent au premier entretien** ce qui suscite discussion et pose certains problèmes méthodologiques. Le premier entretien avec Monsieur A., avec la présence de son éducatrice (MC), m'a convaincue sur plusieurs aspects du cadre des entretiens de recherche sur lesquels je devais insister. La présence des éducateurs pendant l'entretien dirige le contenu du récit sur les expériences vécues en commun sur le mode du souvenir. Par ailleurs, l'histoire personnelle ou le vécu de la rue est parfois difficilement racontable avec l'éducateur devant qui le sujet risquerait de montrer des faiblesses ou se dévoilerait trop. L'inverse est aussi possible, puisque Madame D. (cas développé dans le chap. 4) me promettait de se raconter en dehors de la présence de son éducatrice et prenait en même temps appui sur elle en tant que porte-parole de son histoire. Monsieur A. (cas développé dans le chap. 4) sera lui aussi très différent lorsqu'il sera seul avec moi. De la même manière, Monsieur T. (cas développé dans le chap. 4) jouait le rôle du séducteur en présence de son assistante sociale.

Les éducateurs représentent souvent le lien à la rue, ils sont le lieu du souvenir de ce temps suspendu. Ils ont des souvenirs communs que les personnes SDF n'ont plus en mémoire. Ils peuvent alors faire office de lieu mémoire du début, de point d'origine. Ils vont renvoyer en miroir les évolutions, les changements, de la personne suivie alors qu'elle-même ne se voit plus dans la rue.

Ainsi, la présence calmante des éducateurs était nécessaire à la personne rencontrée en tant que liaison dans la réalité et transmission de l'histoire oubliée ou impossible à dire (éducateurs porte-parole ou "embrayeurs" de mémorisation). Leur présence permettait de matérialiser le transfert du lien de confiance vers le clinicien. Pour M^{elle} A., la présence de son éducatrice n'a pas été nécessaire, le lien de confiance avait été transmis d'une autre manière (par téléphone). Aussi, cette présence au premier entretien a été intégrée dans le protocole de rencontre.

4.2.3. Le contenu de l'entretien de recherche : le témoignage

Le témoignage est le contenu demandé de l'entretien de recherche, il en est même sa raison. J'ai déjà montré le lien entre le dépôt dans le témoignage et l'importance du traitement de la trace subjective dans une visée de recherche (cf. 3.4.3. L'écriture et la question de la trace du sujet, chap. 2). Le terme de témoignage est utilisé pour définir le recueil de données auprès des travailleurs sociaux et auprès de la population, car il donne une représentation et une forme à la relation. Je peux ainsi définir mon travail comme suit : « *je recueille dans une relation clinique le témoignage des personnes vivants ou ayant vécues dans la rue* ». Même si ce terme et la consigne restent assez large pour laisser au sujet la liberté de témoigner de ce qu'il souhaite et de parler de ce qu'il estime être ses difficultés, ils sont aussi des moyens pour le chercheur de circonscrire l'espace de la relation. Ce qui se traduit souvent par des allers-retours et par des récits d'événement en dehors de la période de rue. L'utilisation du terme de témoignage doit être employé avec prudence. Dans cette recherche⁶¹, le recueil de témoignage n'a pas une valeur historique et ne vient pas d'une commande du social. Il est le contenu de l'entretien de recherche construit sur les bases de l'entretien clinique et dans une visée élaborative du vécu subjectif du témoin. Cependant, le témoignage devient nécessaire quand il y a une rupture du lien social, que ce soit pour témoigner d'un isolement de la communauté humaine, à un moment de son existence (par exemple pour les récits de la Shoah) et aussi pour renouer les fils d'une vie interrompue (dans le cas des personnes SDF).

« La demande du témoin est à la fois demande de réparation, de reconnaissance et d'inscription dans l'histoire » (R. Waintrater, 1997, p. 60).

Le témoignage pose plusieurs questions : qu'implique la position pour certaines personnes d'être témoin de son histoire ? Qu'en est-il du dépôt de son histoire et de sa transmission à d'autres ? De plus, si la psychanalyse pose la question de la fin de l'analyse, le témoignage interroge aussi le moment de son arrêt. En effet, le terme de *témoignage* ne détermine pas de durée, il peut être interminable. Le récit oral n'a ni début ni fin naturelle contrairement au témoignage écrit. Les implications pour le chercheur sont importantes puisque c'est à lui de définir ou d'estimer la fin du témoignage, si la personne ne peut le faire elle-même. Le débat se pose en ces termes : le recueil sans fin autant que le témoin souhaite parler ou le témoignage limité pour la sécurité affective ? Lorsque que cela a été possible, j'ai opté pour limiter le temps du recueil de témoignage.

⁶¹ Dans la thèse de R. Waintrater (1997), le témoignage a une fonction de recueil de faits historiques concernant la transmission de la Shoah et devient un objet d'analyse des possibilités de la transmission à partir de l'analyse du récit et des enjeux du pacte autobiographique (P. Lejeune, 1975) entre le témoins et le témoin (selon les termes de R. Waintrater).

Or, la fin du témoignage s'est parfois réalisée en acte (décès, maladie grave). Pour d'autres, ils ont considéré le temps du recueil du témoignage comme unique dans une relation d'attaque-fuite (dépôt-fuite) sous la forme d'un seul entretien. Leur dépôt effectué, ils ne pouvaient que fuir pour éviter les représailles des contenus mauvais déposés dans l'entretien (cf. 5. Les témoignages uniques, chap. 3). Cette hypothèse de base développée par W. Bion (1961), décrit un fonctionnement groupal utilisé ici dans un fonctionnement individuel (cette spécificité du fonctionnement du sujet SDF sera approfondie dans la mise au travail des hypothèses). D'autres, plutôt dans une demande de lien (l'hypothèse de base de dépendance pourrait être également discutée) prolongent les rendez-vous, jusqu'à la mort ou la maladie grave (conduisant nécessairement à l'arrêt des entretiens). Cet arrêt par le décès pourrait conduire à penser que la fin du témoignage ne peut se faire en mots mais en actes. Cela pose aussi le problème de qui témoigne ou de qu'est-ce qui fait témoignage. En effet, avec la mort, il y a une impossibilité d'après-coup. **La mort s'impose comme seul après-coup possible et prend alors la place de l'originare.** C'est cette tension vers la mort qui donne sens à la vie. Pour certains cas, la mort vient donner le point d'arrêt à l'analyse.

Ainsi, face à cet arrêt du témoignage déterminé par des causes externes, une limite dans la durée du témoignage a été proposée de sorte à conserver une possibilité d'après-coup (cf. Monsieur A., chap. 4). Un nombre d'entretiens a été fixé par avance pour permettre au sujet d'organiser une séparation et peut-être un deuil. Cet aménagement du dispositif de recueil des données a fonctionné avec Monsieur A. (et avec M^{lle} A., chap. 4), il a pu lui-même s'approprier la fin de son témoignage et décider de la durée du dernier entretien.

Le témoignage implique l'analyse de traces reconstruites par le sujet. Les traces seront ici le récit du sujet de son parcours dans la rue et des liens qu'il fait lui-même avec cette expérience. Les informations recueillies proviennent du vécu du sujet dans une situation passée ou actuelle au fil de son récit. Le contenu du témoignage est une ré-appropriation par le sujet de son histoire. **L'histoire que livre le sujet est une histoire vraie** même si les éléments ont pu être transformés. En référence à l'origine juridique du témoignage, le sujet dit la vérité, même s'il n'est pas là pour soutenir une accusation. Comme dans l'entreprise analytique, le sujet réalise un mouvement d'appropriation et d'interprétation pour retisser une "enveloppe de mémoire" (selon M. Enriquez, 1987).

4.2.4. Les outils de recueil

Je voudrai discuter ici la possibilité d'utilisation des tests et épreuves projectives avec la population choisie. P. Declerck, en 1986 fait référence à l'emploi d'un certain nombre d'outils cliniques dont les tests projectifs. Il constate que les réponses au T.A.T. sont pauvres et banales, sur les thèmes de l'alcool, le désespoir et la recherche de travail. C'est pourquoi, l'auteur abandonne l'utilisation d'outils pour préférer des contacts plus informels. Cependant, l'utilisation et les résultats obtenus au T.A.T. de M^{elle} A. (cf. chap. 4) paraissent intéressants pour le recueil de données et pour ce qu'elle a pu exprimer d'elle-même. Avec M^{elle} A., l'introduction d'une médiation qui fait appel à l'imagination a été possible, voire congruente et efficiente pour la relation clinique face à son discours distancié des affects.

La littérature au sujet des tests auprès d'une population marginalisée, montre que les tests d'intelligence donnent des résultats alarmants sur l'activité intellectuelle. D'une part, les tests tels que le WAIS sont vécus comme une épreuve angoissante pour le sujet, et d'autre part, la reproduction de la figure du complexe de Rey donne des résultats médiocres (B. Dalle, J.B. Carre, 1998). Après avoir réfléchi préalablement à l'utilisation de tels outils, j'ai abandonné l'idée de les introduire de manière systématique, tout en envisageant leur utilisation ponctuelle. J'aborderai donc les outils qui composent les entretiens de recherche.

4.2.4.1. L'enregistrement

Je ne reviendrai pas sur l'histoire de l'introduction du magnétophone évoquée à propos des témoignages uniques (cf. 4.1.3. Les témoignages uniques, chap. 2). Je voudrai souligné ici l'utilisation que les personnes SDF ont faite du magnétophone lors des suivis au long cours dans le sens où l'enregistrement a peut-être induit des éléments que je n'avais pas repéré au préalable.

En effet, l'enregistrement a fonctionné comme matérialisation du lieu de dépôt du discours. Monsieur T. en a fait une appropriation particulière, puisqu'il réécoutait son discours au début de chaque entretien pour ne pas perdre le fil de son témoignage (cf. La relation avec Monsieur T., chap. 4). La continuité a été assurée par la matérialisation du discours et non pas par l'utilisation des liens symboliques ou associatifs. Le discours de Monsieur T. existe dans un lien de contiguïté, dans l'immédiateté, le temps psychique n'existe pas. Il a été nécessaire pour lui d'être en continuité avec son discours précédent. Cette tentative de liaison, d'unification produit une uniformisation du discours. Même si l'introduction du magnétophone a pu produire un effet mégalomane au début chez Monsieur T., l'apparition du magnétophone et sa disparition visuelle représentaient ensuite les

rituels de début et de fin de l'entretien. De même, le discours hors enregistrement pouvait avoir son importance au même titre que ce qui se dit (ou qui s'agit) dans le couloir de l'analyste. Ce fut le cas à plusieurs reprises, notamment avec Monsieur T. et Monsieur A. lorsqu'ils évoquaient plus spontanément un moment de leur vie à la différence du discours construit du moment de l'enregistrement. Le formel et l'informel de prise d'information m'ont conduite à approfondir après-coup la réflexion sur l'utilisation de l'enregistrement.

4.2.4.2. L'utilisation de l'enregistrement dans l'après-coup

Mon objectif était au départ de retranscrire tous les entretiens en vue d'une analyse syntaxique du discours dans la continuité de la méthodologie du DEA. J'ai alors constaté l'effet d'après-coup de l'écoute de l'entretien au moment de la retranscription. Souvent l'accumulation des entretiens enregistrés non retranscrits devenait le signe de mon propre débordement interne de la relation transféro-contre-transférentielle. L'écoute de l'enregistrement m'a alors permis de retrouver les liens qui conduisaient à la situation de débordement par l'analyse de la forme et du contenu des échanges.

4.2.4.3. L'écriture après-coup

J'ai conservé l'habitude de noter immédiatement après chaque entretien ce que j'avais ressenti et ce que je percevais du transfert et de son évolution. Encore une fois, ce temps de prise de notes se déroulait dans les transports en commun (qui représentent un temps important dans la vie du chercheur sur les SDF). Le journal de terrain a pris la forme d'un carnet de bord. La localisation des lieux et des personnes, le sentiment de la rencontre y ont été systématiquement reportés.

4.2.5. La position de clinicien chercheur

Il me fallait penser les risques de la rencontre clinique dans une double difficulté : celle du risque de l'instrumentalisation objectiviste du sujet qui tend à l'annulation de la dimension subjective et celle de l'intrusion psychique d'un sujet dont les défenses sont à respectées dans la rencontre. C'est pourquoi j'ai réfléchi aux fonctions de mon utilisation par le sujet qui témoigne (cf. 3.1.1. La notion de cadre, chap. 2 et cf. 3.2.4.2. L'appropriation de la demande du recueil de témoignage, chap. 5). La position de clinicien chercheur est délicate par le fait d'être témoin de la souffrance du sujet, de la culpabilité du chercheur à la susciter. Le chercheur vit une sorte de frustration de ne pas

avoir la "légitimité" de soigner dans le cas où le sujet ne fait pas de demande particulière. Ce vécu est renforcé par la perception de la souffrance psychique dans un contexte de misère sociale et somatique, qui conduit à se poser la question de la raison d'être d'une recherche en psychologie alors qu'il y aurait beaucoup à *faire* dans l'ordre matériel pour *aider* les personnes SDF. Voilà le point où le chercheur est confronté à une position éthique de non-intervention alors que le besoin est criant.

En effet, questionner le sujet sur ses difficultés psychiques, lui permettre un espace de parole où l'intervention éducative est suspendue, n'est-ce pas introduire une action auprès de lui de l'ordre de la pensée ? L'effet connexe à ces retrouvailles avec soi-même a pu renforcer ma culpabilité, lorsque certaines personnes sont décédées mettant fin aux rencontres (Monsieur T., Madame D.) ou lorsque le processus de dégradation n'a pas pu s'inverser. Face à des sujets qui font tout pour ne pas éprouver leur mal-être, leur demander d'en parler m'a laissée penser que, dans un lien de confiance, ils pourraient abandonner le processus morbide dans lequel ils étaient pris. Ainsi, si des améliorations pouvaient être attribuées au travail de recueil de leur témoignage, les dégradations y étaient en retour liées.

Ainsi, l'exigence du clinicien chercheur, au service d'une démarche clinique, est d'accepter de ne pas tout savoir, ce qui incite à la prudence dans l'investigation et dans l'analyse. "Ne pas généraliser le cas individuel" est une formulation naïve, mais elle reste cependant une ligne de conduite étayante qui ne doit pas dissimuler sa portée. La démarche de recherche a parfois oscillé entre clinique de recherche et clinique thérapeutique, ce que j'analyserai d'un point de vue contre-transférentiel dans chaque rencontre. Enfin, les règles déontologiques et éthiques servent de garantie à une recherche qui s'appuie sur un terrain délicat et sur des personnalités particulièrement fragiles. Cette exigence d'engagement m'a conduite par exemple à rendre visite à Monsieur T. dont je recueillis le témoignage alors qu'il se trouvait dans le coma. Est-ce la volonté de l'accompagner malgré son état de santé ou une forme de continuité du lien face à la menace de rupture ? En effet, je me suis longuement interrogée sur la pertinence de cette visite : devais-je en retour de son témoignage lui *témoigner* quelque chose ? C'est à partir de ce genre de situation extrême que le chercheur interroge sa position par rapport au sujet qu'il rencontre.

4.3. Les outils d'analyse des entretiens de recherche

A l'image de la méthodologie d'investigation de W.R. Bion (1965), je chercherai, à partir des différentes reconstructions (anamnèse par exemple) les invariants propres à ce qui précède et à ce qui succède la mise en errance (la vie à la rue).

« L'analyste doit rechercher dans le matériel les invariants propres aux stades pré- et post-catastrophiques » (W.R. Bion, 1965, p. 15).

A partir de cette méthode, les indices du changement seront compris dans une logique de la transformation à partir de l'invariance de certains éléments. Dans ce sens, les descriptions cliniques seront donc des transformations des faits qui s'appuient sur les transformations du sujet lui-même, à partir de sa reconstruction après-coup. L'analyse du contre-transfert (spatial et affectif) a été l'outil pour qualifier le contenu affectif des liens, complémentirement à leur forme.

4.3.1. Le processus d'errance ou la reconstruction du parcours de la personne

A partir des entretiens retranscrits, j'ai réorganisé de manière chronologique les événements de vie de la personne depuis sa naissance, en mettant en lien ce qu'elle en avait dit et en ajoutant les informations de l'équipe éducative ou d'autres travailleurs sociaux connaissant l'histoire de la personne. Ce travail a constitué une première forme d'organisation du discours.

Dans la présentation des cas, j'ai opté pour une mise en forme en tableau des éléments anamnésiques du sujet. En effet, comment rendre compte de récits bruts et sans organisation chronologique pour la plupart des témoignages ? Cet effort d'organisation des données de vie éparses montre à quel point il est important face à ces sujets de réorganiser dans une chronologie le déroulement d'un parcours. Les tableaux sont les représentants des périodes vides de souvenirs ou des trous dans le récit à valeur de scotome de période de vie entière ou d'éléments refoulés. Pour illustrer ce travail de reconstruction, je reprendrai l'analogie que fait S. Freud entre le travail de l'analyste et celui de l'archéologue « qui déterre une demeure détruite et ensevelie, ou un monument du passé » (1937, p. 271). Ce travail de l'analyse ne mène pas à la résurrection du passé, mais à un passé reconstruit à partir des traces mnésiques du sujet réélaborées dans un après-coup.

4.3.2. La généalogie et la filiation

Devant la sélection des liens familiaux évoqués par la personne, j'ai éprouvé la nécessité de retracer les modes de liaisons d'un sujet avec les personnes de son groupe familial dans la perspective de mettre au travail l'hypothèse de la répétition des liens primaires avec l'entourage secondaire (les épouses ou les époux, les enfants, les amis, les collègues). Ce travail aboutit à mettre en lumière une architecture de liens par le transfert des groupes internes en suivant le parcours des ruptures ou des transformations du passé et des liens actuels.

4.3.3. Les données psychosomatiques

Pour traiter des enjeux psychosomatiques présentés à partir des symptômes des personnes rencontrées (cf. 1.5.4.2. Le corps et les atteintes somatiques spécifiques, chap. 1), j'ai établi une grille de lecture spécifique. J'ai observé que plusieurs thématiques étaient récurrentes dans les entretiens à propos du corps et de ses atteintes. A travers ces constats cliniques, émergent un certain nombre de questions qui organisent des modalités d'observation spécifiques. Deux axes méthodologiques principaux (1 et 2 ci-dessous) seront affinés par une observation plus précise à partir de la plainte somatique, de la relation à l'autre, des postures et de la peau :

1 - Dresser l'historique des atteintes somatiques des sujets rencontrés, à travers les éléments des entretiens et des données sociales, permet de voir émerger les conflits psychiques dans l'histoire du sujet en lien avec ses atteintes.

2 - La rencontre des personnes dans la rue et le suivi des personnes hospitalisées mettent à l'épreuve le lien entre soin du corps et soin psychique. Au cours de ces rencontres et suivis, mon attention porte plus précisément sur quatre aspects :

La plainte : A quel niveau se situe la plainte du sujet ? On constate souvent que la plainte somatique vient tardivement. Se développent dans un premier temps des douleurs physiques qui s'expriment sous la forme d'une plainte somatique lorsque le sujet est débordé par la douleur et qu'elle lui devient étrangère, inhabituelle (cf. 1.5.4.3. Le rapport au soin, chap. 1).

La relation à l'autre : A quel moment la souffrance psychique devient-elle perceptible par l'autre ? Quels sont les signes physiques qui donnent à voir la souffrance psychique ? Comment comprendre l'utilisation du corps et de la maladie qui conduit à une hospitalisation et qui déclenche une prise en charge de la personne ? Le corps est-il un médiateur, un attracteur dans la relation à l'autre ?

L'atteinte du corps n'est-il pas révélateur de la grande détresse psychique du sujet et de sa difficulté à se défendre contre les attaques du monde extérieur ?

Corps et espace : Les postures, la présentation du corps dans l'espace sont des signes cliniques prégnant pour la population SDF qui se montre dans un espace public. Le corps et les atteintes physiques sont présentées dans la rue, au public, dans l'espace public, notamment dans les moments et les lieux de mendicité. La "manche" est un moment de travail du corps, de sa posture qui doit susciter chez le passant le sentiment (de pitié, de peur, de dégoût, etc.) qui lui fera donner de l'argent.

La peau : On observe la présence de nombreux tatouages et de cicatrices sur la peau de certains SDF. Les circonstances du tatouage sont parfois liées à l'intégration à un groupe.

« Le tatouage prend ici valeur initiatique ou d'identification » (J.P. Bezaury, P. Moron, 1982, p. 426).

René est SDF depuis des années. Au cours d'une de nos rencontres, je remarque un tatouage sur la main droite, les trois points de « mort aux vaches ».

« Je vois que vous avez un tatouage, lui dis-je.

- Oui.

- Il est ancien ?

- Oui.

- Il remonte à longtemps ?

- Oui, quand j'étais jeune.

- Vous en avez fait d'autres ?

Tout en répondant négativement, René me montre furtivement son autre poignet tatoué.

- Ah, en voilà un autre !, lui dis-je. Vous l'avez fait tout seul celui-là ?

- Oui, il est plus difficile à faire celui-là. »

Deux secondes après avoir montré sa peau tatouée, René formule son départ. En effet, c'est comme si j'étais allée trop près de lui en regardant sa peau, dévoilant ses parties cachées. L'angoisse de la proximité ne pouvait plus être contenue et René s'enfuit. Par le tatouage, René montre la fragilité du contact peau à peau. Sans parler du thème agressif des tatouages, peut-être René actualise-t-il la perturbation émotionnelle dans laquelle il se trouvait au moment de la réalisation du tatouage.

Les personnes SDF éprouvent aussi parfois de la difficulté à se séparer de leurs vêtements au moment d'une hospitalisation par exemple. Des vêtements donnés à l'hôpital sont conservés parfois comme signifiants d'un temps agréable, d'une peau soignée et restaurée momentanément. L'organe de la peau est à mettre en relation avec les habits et les murs de la maison (du lieu du chez soi).

« Dans les trois cas il s'agit de lieux frontières entre un intérieur et un extérieur, limite et interface entre moi et le monde. Il ne s'agit pas d'enveloppes qui cachent, mais qui parlent et qui montrent » (M.-A. Ouaknin, 1994, p. 34).

Ces signes seront retenus et interrogés en tant que modalité d'expression à l'autre de quelque chose de soi et de sa manière d'habiter et d'investir son corps. Ils montreront en tant que lieu-frontière et producteur de signification l'ouverture sur le monde ou l'enfermement de l'être sur lui-même. La peau et ses prolongements (vêtements, odeurs) ont une fonction de "pare-désinvestissement" selon L. Brolles (1997), « la fonction de la peau comme pare-excitation par rapport à ce qui vient de l'extérieur et comme défense contre les risques d'intrusion mais on a peu insisté me semble-t-il sur la fonction de la peau comme limite interne, barrière contre les risques de vidage narcissique » (p. 106). Dans cette perspective, conserver des vêtements, même sales sur soi, prend une dimension de contenance interne dans le cas d'une enveloppe psychique discontinuée.

4.3.4. La grille d'analyse des suivis au long cours

La présentation des études de cas (suivis au long cours) tente de suivre une grille d'analyse construite à partir des premiers résultats de la clinique exploratoire. Cette grille s'oriente sur les trois hypothèses principales de notre proposition de modèle. Dans un premier temps, les données anamnésiques disponibles seront présentées ainsi que le déroulement des entretiens. Les éléments contre-transférentiels suivront ces données à partir desquels les problématiques subjectives pourront se dessiner. Les trois hypothèses seront mises à l'épreuve de la manière suivante :

- l'hypothèse de l'accueil du clinicien dans les groupes internes du sujet : je traiterai de l'élaboration du cadre du recueil de témoignage pour chacune des personnes rencontrées en interrogeant la place du clinicien dans l'imaginaire du sujet à partir de sa place dans l'aménagement concret du lieu de recueil et des rituels d'accueil.
- les scénarii individuels restent sous l'emprise de la topologisation de la scène psychique (ou d'un fantasme originaire) : mon attention portera sur la structure du témoignage et particulièrement sur celle des scénarii.
- l'hypothèse du transfert des groupes internes dans l'espace de l'entretien, dans l'espace de la rue, dans l'espace du groupe et dans l'espace du corps : le contenu du témoignage sera traité en lien avec les éléments précédents et les problématiques spécifiques de chaque sujet.

La retranscription intégrale des entretiens en annexes permet de réaliser l'aspect souvent inerte du contenu, dont les éléments significatifs portent alors sur la forme. Il était particulièrement difficile de retranscrire les silences et les hésitations dans le discours. Aussi, il faut tenir compte de la présence du réel dans les entretiens et s'interroger sur la manière dont le sujet encadre ce réel. Curieusement, le fond est transmis par la forme et le fantasme encadre le réel.

Résumé et synthèse

La nécessité d'une structure souple du cadre (limites temporelles étendues, limites spatiales non-imposées, etc.) appartient à une volonté de recherche qui expérimente l'installation des processus. Le trop plein de processus a conduit à définir des invariants du cadre, mais en le rendant mobile, transposable dans l'espace. Ainsi, la manière dont le sujet occupe l'espace de la relation dans l'entretien de recherche est un indice de son mode de relation à l'espace. Le cadre muet est un dispositif de codage de l'espace psychique subjectif par transfert dans la relation au clinicien chercheur et organise une grille de lecture de l'espace psychique. Ce dispositif de recherche implique le transfert dans l'espace, par lequel une lecture symbolique de l'espace psychique est possible.

Schéma n°13 : Synthèse de la méthodologie du contre-champ

Matériaux	Méthode de recueil	Outils d'analyse
Récit du sujet	<u>Protocole de l'entretien de recherche :</u>	- Analyse du transfert et du contre-transfert : supervision, groupe de travail.
Le corps et ses souffrances	- présence de l'éducateur au premier entretien - coup de téléphone préparatoire,	- Analyse du style narratif
Vécus et impressions du clinicien	- enregistrement, - notes après-coup, - introduction du TAT (Melle A.). <u>Les rencontres informelles des personnes suivies.</u> <u>Le carnet de bord.</u>	- Références au champ conceptuel. - Processus d'errance et reconstruction du parcours de chaque personne - Eléments de généalogie et de filiation - Données somatiques : 1. historique des atteintes 2. la rencontre en lieu de soins (la plainte, la relation à l'autre, le corps dans l'espace et la peau)

5. METHODE DE PRESENTATION DES RESULTATS DU CHAMP EXPLORATOIRE ET DU CONTRE-CHAMP

Cette partie présente les aspects techniques de la présentation des résultats et pose le choix de définitions des éléments cliniques pour proposer un référentiel commun.

5.1. Une clinique multiple

Le tableau ci-dessous reprend l'organisation des champs de la clinique de la rue selon un découpage particulier déjà annoncé en début de chapitre.

Tableau 6 : Une clinique multiple

Champ exploratoire Troisième Chapitre		Contre-champ Quatrième chapitre
Champ exploratoire groupal en lieu d'accueil : première partie du troisième chapitre.	- dynamique groupale - entretiens uniques - entretiens réguliers en groupe	Suivis au long cours de quatre personnes SDF (en lieux de soins, en appartement, dans la rue).
Champ exploratoire dans la rue : deuxième partie du troisième chapitre.	- dynamique groupale des groupes de la rue - témoignages uniques - rencontres ponctuelles dans la rue	

Dans les nombreuses recherches qui tentent de cerner le phénomène d'errance que ce soit à partir de l'errance des jeunes, à partir des dispositifs législatifs et sociaux (comme le RMI) ou encore à partir des pathologies psychiatriques ou médicales, nous observons une nécessité de constituer des classifications souvent basées sur la description des comportements (cf. 2. L'état de la question dans les champs connexes et 3. L'état de la question en psychologie clinique, chap. 1). Cette recherche se situe dans ce mouvement classificatoire face à des personnalités qui induisent la confusion des rôles et des espaces. Rechercher l'unicité et la spécificité passe par ce travail de catégorisation où la limite entre chaque catégorie semble facilement perméable. Avant d'analyser ou de comprendre, il est nécessaire d'organiser ce qui semble chaotique et démembré. C'est pourquoi j'aurai recours à des

typologies classificatoires à partir des observations dans une logique de compréhension et d'adaptation à une population difficile à cerner.

Je consacrerai le troisième chapitre à l'exposé du champ exploratoire et le quatrième chapitre au contre-champ. En préalable à l'exposé et l'analyse de la clinique, chaque élément de l'ensemble hétérogènes doit être définis de sorte à construire un référentiel commun sur ce qui est désigné.

5.2. Définitions des éléments cliniques

5.2.1. Dynamique groupale

L'observation du groupe en lieu d'accueil a permis d'identifier une dynamique groupale organisée autour de fantasmes particuliers et de mécanismes de défenses propres aux angoisses communément partagées dans le groupe. L'analyse de la dynamique groupale est indispensable puisque la parole du sujet ou ses comportements sont indissociables de son appartenance au groupe. Le sujet parle en son nom et agit en son nom, mais aussi en fonction de sa position intersubjective. Chaque comportement du sujet sera donc compris comme parole individuelle et aussi comme parole du groupe.

5.2.2. Les entretiens uniques

Les entretiens uniques sont à différencier des témoignages uniques. Ils ne sont pas prolongés et ne s'inscrivent pas dans un suivi régulier sous forme d'entretien. Les entretiens uniques sont réalisés dans le cadre du groupe en lieu d'accueil, à partir de la rencontre dans le groupe, et répondent à une demande de la personne pour me rencontrer dans un lien privilégié. Ces entretiens uniques ont été alors réalisés en dehors des permanences d'accueil du groupe et dans une pièce différente de celle du groupe. Leur contenu est divers selon la préoccupation de la personne demandeuse. Le clinicien ne les oriente pas dans cette première démarche exploratoire de la recherche (pas de consigne particulière).

5.2.3. Les témoignages uniques

Les témoignages uniques dans la rue sont rarement à la demande de la personne SDF, mais sur la proposition du clinicien chercheur, dans une demande de témoignage de l'expérience de la rue (cf. 4.2.2. Le cadre de l'entretien de recherche, chap. 2). Lorsque la personne accepte, elle choisit de témoigner une seule fois ou a la possibilité de contacter le clinicien chercheur pour prolonger son témoignage ou ajouter des éléments "oubliés" au cours du premier entretien.

5.2.4. Les entretiens réguliers en groupe

Dans le groupe du lieu d'accueil, les personnes SDF avaient plus de facilité à s'adresser à une personne en particulier, à condition de la présence du groupe. Certains ont donc eu des entretiens "privés" en groupe de manière régulière, sans accéder à une autre demande d'entretien hors groupe (cf. Monsieur J., chap. 3).

5.2.5. Les rencontres ponctuelles dans la rue

Ce type de rencontres fait référence à la démarche du clinicien chercheur d'adapter un dispositif de recherche en appui sur un dispositif déjà-là, socio-éducatif. Les rencontres ponctuelles recouvrent de nombreuses rencontres informelles dans les parcours dans la rue, dans la mise en place du premier contact avec les personnes SDF qui potentiellement pouvaient témoigner de leur expérience de la rue. Ces rencontres ponctuelles sont hors consigne du témoignage et suivent le fil associatif de la personne rencontrée. Ces rencontres ponctuelles offrent un autre point de vue de l'errance urbaine et de la souffrance psychique liée à la rupture de lien. Elles ont également participé à la construction de la méthode. C'est dans ce premier contact que se jouent les éléments fondateurs d'une relation future, par exemple dans les suivis au long cours.

5.2.6. Les suivis au long cours

Les suivis au long cours recouvrent les personnes avec lesquelles un suivi a été possible dans le cadre du dispositif de recherche, avec des entretiens réguliers et enregistrés (cf. 4.2. Construction de l'entretien de recherche, chap. 2). Ces suivis au long cours se sont déroulés sur le chemin de la personne, c'est-à-dire là où elle se trouvait (lieu de soins, appartement ou rue).

« A la limite, l'observation devient "continue", lorsque le consultant est hospitalisé ou placé dans une institution où il peut être observé à tous les moments de son existence » (D. Lagache, 1949, p. 163).

Résumé de la méthodologie

La méthodologie comporte trois champs d'application : une méthode de l'entretien de recherche, une méthode topologique dans l'organisation des dynamiques groupales en institution et cette même méthode topologique transposée dans la rue pour la compréhension du mode de groupement SDF.

Pour ces trois champs, les données recueillies ont été :

- les éléments du discours,
- les comportements observés,
- et le vécu contre-transférentiel.

Les outils du recueil des données sont les suivants :

- entretien de recherche (par le témoignage, l'enregistrement, l'entretien clinique, l'écriture après-coup et occasionnellement l'écriture exhaustive)
- analyse de la relation tranféro-contre-transférentielle (par la supervision et le travail avec le directeur de recherche)
- et la méthode topologique.

Les outils d'analyse se sont construits à partir du modèle de la cure et de la psychanalyse des groupes.

Les grilles de classification sont fondées sur les indicateurs définis (schéma n°1, chap. 1) et selon les hypothèses (schéma n°5, chap. 1).

A propos des entretiens de recherches, j'ai choisi de les proposer aux lecteurs en intégralité en annexes (lorsque l'enregistrement à fonctionner et lorsque mes notes étaient complètes). Les passages des entretiens indispensables à la compréhension de l'analyse seront cependant retranscrits dans le corps du texte. J'ai conscience de la "naïveté" de certains échanges, mais il me paraissait nécessaire de rendre compte de l'ambiance de certains entretiens ainsi que du contre-transfert du chercheur, même si je m'expose alors à la critique. Je souhaite aussi que ce travail de retranscription puisse apporter des réflexions autour de la prise en compte de la psychodynamique de sujets en errance. Il faut noter qu'au-delà du contenu, ce qui est significatif est la forme de l'entretien et des échanges. En effet, les échanges sont souvent guidés par les aspects sociaux de la personne, ils prennent appui sur les éléments manifestes plus souvent que sur le vécu psychique.

Les résultats obtenus après exploration de la clinique groupale seront mis à l'épreuve à travers les suivis au long cours du contre-champ. Les éléments psychodynamiques définis à partir du champ exploratoire seront expérimentés dans le contre-champ.