RHIZOME

BULLETIN NATIONAL SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ

Pars, cours, dévie



#87
Mai 2024

Nicolas Chambon
Sociologue, Directeur de publication de la revue *Rhizome*
Orspere-Samdarra
Maître de conférences associé
Université Lumière-Lyon 2, CMW

Des vies en « parcours » : théorie et pratiques

Les asiles psychiatriques n'existent plus. On ne soigne pas par l'enfermement et la contrainte, comme on n'assigne plus les individus à une place ou à une catégorie au regard de leur vulnérabilité. Une rupture, une maladie, un accident, un handicap ne peuvent dessiner une destinée. En considérant de plus en plus la dimension environnementale des troubles ou de la précarité, les recherches comme les pratiques professionnelles s'intéressent davantage aux situations et envisagent la possibilité d'agir sur des « parcours » de vie.

Le parcours se présente ainsi aujourd'hui comme un dogme incontournable des politiques publiques de l'action sociale et sanitaire. Ce numéro *Rhizome* se propose de discuter de cette notion, en questionnant notamment ses répercussions pratiques, aussi bien du côté des professionnels que de celui des personnes concernées.

Agir sur des parcours, la théorie

Cette évolution conceptuelle s'accompagne d'autres principes tels que le rétablissement ou l'inclusion. Le nouvel esprit du soin et de l'action sociale mobilise l'avenir comme un matériau et un horizon pour agir. Dans cette perspective, ce numéro *Rhizome* nous invite à regarder vers l'avant.



Cette inflexion implique de soutenir les capacités (et non combler les déficits) des personnes. Cette modalité d'intervention devient ainsi la référence. Selon cette perspective, les hôpitaux, les centres de soin, les accueils de jours apportent un soin ou un soutien sans pour autant être la finalité d'un parcours. Ainsi, cette évolution accroît le nombre de professionnels amenés à interagir auprès des personnes les plus vulnérables tout en ayant comme enjeu le fait d'œuvrer dans le même sens.

Les épreuves de la pratique

Cette transformation s'accompagne aussi d'une technicisation accrue du soin ou de l'accompagnement social, avec des modalités critérisées de prises en charge. Des structures spécialisées par pathologie ou par public – telles que les centres experts ou autres centres référents – se développent, induisant une « ramification » des prises en charge. Malheureusement, pour se repérer dans la multitude des dispositifs, cela implique que les personnes directement concernées ainsi que les professionnels aient ou développent des compétences. D'un côté, cette évolution permet d'offrir des propositions plus adaptées aux personnes en souffrance ou en situation d'exclusion. De l'autre, elle confère une place importante aux opérations d'évaluation et de diagnostic qui les inscrivent dans un « parcours » de soin ou social. Il existe alors un risque de concurrence délétère entre publics ou entre professionnels. C'est par exemple le cas lorsque des professionnels soulignent « la chance » qu'auraient certaines personnes sans abri ayant un diagnostic psychiatrique de pouvoir relever du programme « Un chez-soi d'abord » sans même penser à la violence que peut avoir ce type de propos pour les personnes concernées. Lorsqu'une personne n'est pas reconnue comme appartenant à une certaine catégorie qui lui ouvre les droits à une prise en charge – comme celle de mineur non accompagné –, il importe également d'avoir une vigilance particulière aux effets de l'exclusion.

Nous soutenons que le développement de dispositifs spécialisés doit aller de pair avec le renforcement d'une réponse accessible et inconditionnelle correspondant à l'idéal du secteur. Il importe de réaffirmer l'importance d'avoir des lieux de premier accueil, que ce soit les centres médico-psychologiques (CMP) ou les services intégrés d'accueil et d'orientation (Siao). Toute demande doit pouvoir trouver une écoute et une réponse via des lieux où l'on exclut pas.

Une iatrogénie révélée

Enquêter les parcours de vulnérabilisation démontre la dimension traumatogène de l'expérience de l'assujettissement à la domination. Certains exemples semblent évidents – vivre dans une dictature, en contexte de guerre… –, alors que d'autres tendent à le devenir – les violences sexistes, éducatives, économiques, migratoires… Des professionnels de certains secteurs – nous pensons notamment aux personnes qui travaillent au sein des urgences des hôpitaux, du secteur de la demande d'asile, de la protection de l'enfance ou de l'hébergement généraliste – s'épuisent à apporter des réponses tout en ayant parfois la sensation de ne pas pouvoir freiner le cercle vicieux de l'exclusion et de la souffrance. Ces dernières sont parfois iatrogènes pour les personnes bénéficiaires du soutien.

Pour une clinique des transitions

Cette vision des parcours s'accompagne souvent de la production d'un récit « administré », confirmant l'intérêt à un accompagnement clinique à travers lequel les personnes se dévoilent autrement qu'à travers leurs parcours. Notre modernité oblige à des transitions, à faire des choix… Les ruptures ont des conséquences sur la santé mentale, il semble alors important d'étayer les personnes dans l'épreuve du choix, mais aussi de prévenir ce qui pourrait advenir comme des fractures délétères. Enfin, ce numéro *Rhizome* nous invite à ne pas être ébloui par la mécanique du parcours et par ce qui se présenterait comme des réponses magiques. Une information déstabilisante, un rire désajusté, une porte qui claque, d'autres qui s'ouvrent, des surprises joyeuses ; c'est aussi ce qui fait la beauté des métiers de la relation. Pour qui jouit d'être inassignable, en utopie, il n'y a pas de chemins interdits. ◗

Cyprien Avenel **Sociologue**
Conseiller expert pour le travail social à la Direction générale de la cohésion sociale

Le parcours de vie, vecteur de transformation des politiques de solidarité ?

L'approche traditionnelle des politiques publiques, fondée sur la progression des droits sociaux en fonction du statut de l'emploi et de catégories ciblées, devient de moins en moins pertinente et efficace. En effet, force est de constater que les trajectoires de vie des personnes sont beaucoup plus instables et diverses : les séparations conjugales se sont largement diffusées, les familles se diversifient et se recomposent, les travailleurs connaissent en proportion importante des périodes de chômage ou d'inactivité plus ou moins longues et des discontinuités de statut fréquentes. Ainsi, les mobilités familiales, professionnelles, résidentielles, sociales et personnelles transforment en profondeur les modes de vie. Par ailleurs, des travaux mettent en lumière la complexité des vies contemporaines avec leurs aléas, leurs incertitudes, leurs points de bascule et les logiques temporelles, sociales et économiques à l'œuvre. Partant de là, il conviendrait d'adopter une approche plus dynamique des modes de vie et des inégalités en prenant en compte la labilité des trajectoires ainsi que la diversité des positions dans des sociétés occidentales devenues plus mobiles et instables[1].

La notion de parcours s'est, de manière concomitante, largement diffusée dans le champ des politiques sociales et sanitaires au point de s'imposer comme un nouveau référentiel au centre de l'intervention publique. Nous la retrouvons dans différents domaines, tels que celui de la petite enfance, des jeunes confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE), des personnes en situation de handicap ou des personnes âgées. Cette notion de parcours renvoie ainsi à une nouvelle manière de concevoir et de conduire l'intervention sociale et médico-sociale. Elle poursuit notamment trois objectifs principaux : tout d'abord, elle vise à garantir une réponse individualisée et adaptée à la singularité de chaque situation par-delà les réponses usuellement sectorielles des politiques publiques. Ensuite, le parcours est mobilisé pour garantir une continuité et une stabilité, afin d'anticiper et d'éviter les ruptures d'un dispositif à un autre selon les changements de situation. Enfin, le dernier objectif repose sur la recherche d'une implication et d'une participation des personnes lors de la conception ainsi que de la mise en œuvre des aides qui leur sont proposées. La recherche d'individualisation de l'intervention sociale consiste donc à définir avec les personnes leur « projet de vie » et ainsi à prendre en compte leurs attentes dans le processus même de l'élaboration de la réponse.



Cette notion de parcours traduit dès lors une logique de recentrage fondamental de l'action sociale et médico-sociale sur la personne, mais aussi sa singularité dans l'optique de son inclusion avec l'appui de méthodes « d'accompagnement individualisé » qui mobilisent des bouquets de services coordonnés et ajustés à la spécificité de chaque cas. Elle cherche à introduire de la fluidité par-delà la rigidité des statuts catégoriels et vise également à offrir une continuité de l'expérience ainsi que des droits en sécurisant les transitions.

Prévenir les difficultés et investir dans les « capacités »

La mobilisation du « parcours de vie » dans les politiques sociales correspond à la volonté d'investir dans les capacités des individus par le véhicule des démarches d'*empowerment* afin de les aider à mobiliser au mieux leurs acquis. La notion d'approche capacitante[2] vise à rendre compte du concept de *capabilities* qui montre que le niveau de liberté des personnes repose sur leur capacité à définir leurs propres projets de vie et à pouvoir les réaliser. L'intervention publique consiste alors à préparer et à accompagner les personnes dans leur parcours de vie, en investissant dans leur développement, puis dans leurs capacités et leur autonomie tout au long de la vie. C'est là tout le sens d'une stratégie d'« investissement social[3] ».

Cette stratégie vise à mieux équiper les individus le plus en amont possible de l'apparition des situations de difficultés, en renforçant également certains domaines de l'action publique qui sont susceptibles d'engendrer des effets à long terme au-delà de l'effet immédiat[4]. Elle a pour ambition de compléter l'approche corrective et réparatrice des politiques sociales par une approche plus préventive et inclusive. Cette dernière consiste à doter chaque individu d'un capital humain lui permettant de s'adapter aux transitions qu'il connaîtra dans sa trajectoire socio-professionnelle ainsi qu'aux événements difficiles qui peuvent survenir tout au long du cycle de l'existence. C'est pourquoi la petite enfance est le champ privilégié d'une politique d'investissement social. Cette dernière permet, par ailleurs, de lutter contre les

1 Rosanvallon, P. (1995). *La nouvelle question sociale. Repenser l'État-Providence*. Seuil.

2 Sen, A. (2009). *L'idée de justice*. Champs essais.

3 Avenel, C., Boisson-Cohen, M. et al. (2017). *L'investissement social : Quelle stratégie pour la France ?* La Documentation française.

4 Système éducatif, formation, politique d'insertion et d'emploi, politiques favorisant l'activité des femmes et l'égalité avec les hommes…

inégalités avant qu'elles ne se creusent. Ainsi, elle prépare non seulement le terrain pour l'apprentissage, le comportement, la santé et le bien-être la vie durant, mais elle constitue un outil d'égalité des chances par le développement des modes d'accueil collectif pour les enfants issus de familles défavorisées[5]. L'efficacité des investissements dans la petite enfance passe donc par une bonne articulation des politiques en sa faveur, du soutien à la parentalité à la conciliation entre la vie professionnelle, la vie familiale et l'éducation. Cela permet notamment de veiller au continuum du parcours de l'enfant : de l'accueil au plus jeune âge, au soutien à la réussite scolaire, à l'organisation d'activités éducatives qui favorisent l'épanouissement personnel et culturel dans la vie citoyenne. La stratégie du parcours est un outil de promotion de l'égalité des chances.

Ajuster la protection sociale à des parcours multiples et complexes

Cette approche se traduit également dans la « sécurisation » des trajectoires professionnelles pour faire face aux ruptures et garantir la trajectoire d'emploi à toutes ses étapes[6]. La lutte contre les précarités deviendrait alors plus généralement un projet de société autour des mobilités. Le débat ne s'arrête pas à la sécurité professionnelle. C'est plus généralement la question d'une adaptation de la couverture de la Sécurité sociale aux inégalités de statut de l'emploi et aux discontinuités des trajectoires qui se pose. En appliquant des droits sociaux à la personne non seulement en fonction de son statut professionnel, mais aussi en fonction de son parcours, la notion de portabilité des droits offre une piste féconde. Cette notion permettrait de maintenir les droits même en cas de ruptures et lors de transitions personnelles, familiales et professionnelles, que ces dernières soient contraintes ou volontaires. Pour autant, cette voie s'avère très complexe et difficile à concrétiser juridiquement, nous sommes donc très loin d'une généralisation.

Décloisonner les politiques publiques

L'intervention sociale demeure morcelée en catégories sectorielles spécifiques selon différents types de dispositifs sociaux et de populations ciblées. Les personnes accompagnées se trouvent souvent écartelées entre de multiples intervenants et des prestations particulières alors qu'elles attendent une réponse globale aux problèmes qu'elles peuvent rencontrer[7]. La fragmentation de l'action sociale et médico-sociale ne facilite guère les conditions d'une approche « globale » de l'accompagnement. De plus, elle ne permet pas toujours aux publics accompagnés de sortir d'une organisation de l'intervention « en silo », dont l'efficacité est aujourd'hui interrogée compte tenu du manque de lisibilité du système d'aide et des situations collectives de non-recours aux droits[8]. De fait, le « parcours de vie » se transforme dans le maquis administratif en « parcours du combattant ».

En ce sens, la notion d'inclusion, qui s'ajoute à celle d'insertion, incarne la promotion d'un modèle d'action sociale et médico-sociale. Celui-ci implique que les institutions et les organismes sont en quelque sorte sommés de redéfinir leur intervention en prenant en



compte la singularité et la diversité des personnes afin de proposer un accompagnement des « parcours de vie » dans ses différentes composantes. En outre, il s'agit de faire en sorte que ces dernières soient inscrites dans le « droit commun » avant tout et non plus enfermées dans des dispositifs ou des établissements spécifiques[9]. Afin que les personnes puissent circuler sans perte ni fracas d'un service à un autre, en fonction de la situation singulière de chacun, les organisations doivent s'ajuster à la logique du « parcours individuel ».

Cette question soulève celle de la gestion des transitions d'une situation à une autre qui peut se révéler difficile. C'est notamment le cas pour les jeunes issus des dispositifs de la protection de l'enfance, alors qu'ils bénéficient de moins de soutien, ont plus de charges et doivent sortir des dispositifs à 21 ans. L'exemple de ce public illustre le manque d'articulation entre les dispositifs spécifiques protecteurs et de droit commun. Dans l'ensemble, les jeunes pris en charge par la protection de l'enfance vont connaître une transition brutale et plus précoce que leurs pairs. Une période de « lâchage » est souvent décrite. Aux contraintes économiques s'ajoutent les difficultés à reconstruire un réseau relationnel et un fort sentiment de solitude[10]. La surreprésentation des sortants de l'ASE parmi les jeunes marginalisés pose question : quel est le sens, ne serait-ce que sur le plan macro-économique, de dépenser entre 100 et 200 euros par jour jusqu'à la majorité du jeune sans sécuriser ensuite sa transition vers l'âge adulte[11] ? Cette analyse conduit à favoriser une ouverture plus grande de ces établissements sur la vie sociale et économique de leurs territoires afin d'agir plus en amont du parcours des jeunes adultes tout en ayant un objectif de prévention, mais aussi afin d'anticiper et de préparer une continuité à leur sortie. Cette orientation implique plus particulièrement de passer d'un modèle « clinique » du travail social autocentré sur une logique d'« établissement » et de protection à un modèle plus « collectif » et environnemental dans une logique de développement social[12].

On pourrait développer une analyse similaire pour ce qui concerne la politique du soutien aux personnes âgées. La politique de prévention et de lutte contre la

5 Moindre décrochage scolaire et prévention de la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre.

6 Formation, stage, emploi, sous-emploi, chômage…

Gazier, B., Palier, B. et Périvier, H. (2014). *Refonder le système de protection sociale. Pour une nouvelle génération de droits sociaux*. Presses de Sciences Po.

7 Avenel, C. et Bourque D. (2017). *Les nouvelles dynamiques du développement social*. Champ social.

8 Warin P. (2019). *Agir contre le non-recours aux droits sociaux*. Presses universitaires de Grenoble.

9 Lafore, R. (2020). Le travail social à l'épreuve des recompositions institutionnelles de l'action sociale. *Revue française des affaires sociales*, 2, 29-49.

10 Constat issus de l'étude Elap - Étude longitudinale sur l'autonomisation des jeunes après un placement, réalisée par l'Ined.

11 Jacquey-Vasquez, B. (2018). *L'accompagnement social*. Igas.

12 Avenel, C. et Bourque D. (2017).

perte d'autonomie montre la pertinence de l'approche décloisonnée induite par la notion de parcours. En effet, cette politique repose sur des acteurs très divers, nombreux et historiquement peu coordonnés[13]. Or, une logique de parcours, qui nécessite une coopération entre les différents acteurs, permet de renforcer la prévention et d'améliorer l'efficacité du système de soin curatif[14]. La très grande majorité des Français aspire à bien vieillir à domicile le plus longtemps possible. Cette préoccupation profonde exige donc une politique publique qui fait du « bien vieillir chez soi » une priorité avec un investissement plus soutenu au secteur du domicile qui connaît d'importantes difficultés économiques et humaines et qui est tourné vers un modèle renouvelé des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). C'est en ce sens qu'on entend l'expression de « virage domiciliaire », visant à favoriser le soutien à domicile des personnes âgées fragilisées ou en perte d'autonomie. Il s'agit également de développer et d'expérimenter des solutions d'hébergements diversifiées avec des accompagnements ajustés en incluant l'aide à domicile, les nouvelles formes d'habitat partagé et inclusif, ainsi que la prise en charge des besoins de santé les plus lourds en Ehpad[15]. Cette ambition implique, une fois encore, de renforcer une approche plus préventive afin de ralentir l'entrée dans la perte d'autonomie puis de l'accompagner au mieux en respectant les choix de la personne. Cela implique un lien plus intégré entre les activités du soin au sens médical (la cure) et les activités du « prendre soin » des personnes en situation de perte d'autonomie (le *care*). Au cœur de ce rapprochement entre l'aide et le soin réside tout l'enjeu du futur « service autonomie » ainsi qu'une offre à domicile qui puisse représenter une alternative à l'Ehpad actuel. Il y a donc bien l'idée de développer tout un continuum des parcours adaptés aux choix de vie.

De la même manière, la loi du 1e février 2005[16] relative à la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a engagé un changement de regard dans la définition du handicap, non plus seulement fondée sur des carences et des désavantages, mais bien plus sur des potentiels et le niveau de participation en société (soit l'inclusion sociale). La notion de parcours est un axe déterminant de la « transformation de l'offre » médico-sociale qui consiste à mettre en place des réponses caractérisées par une organisation plus flexible et modulaire de l'accueil et de l'accompagnement[17]. Le tournant inclusif se traduit par la valorisation du développement de « parcours adaptés » par le décloisonnement des secteurs médico-sociaux et sanitaires. Dans cette perspective, les établissements médico-sociaux sont considérés comme des lieux de vie à un moment donné du parcours de la personne et non nécessairement définitifs. L'accompagnement devient une gestion des allers-retours entre milieux protégés et ordinaires en fonction de l'expression des besoins ainsi que des demandes des personnes.

L'individualisation du parcours : une nécessité et un piège

Ce recentrage de l'intervention publique sur la personne, nécessaire et subtil, pour prendre en compte la singularité et l'humanité des situations les plus problématiques, est toutefois porteur d'ambiguïtés et de contradictions. En effet, l'usager qui raconte son parcours à un travailleur social peut parfois subir une forme d'« injonction biographique[18] » : il doit se raconter de manière cohérente et réflexive. Or, cette capacité à produire un récit ordonné à partir de ses diverses expériences n'est pas partagée par tous et demeure difficilement accessible en particulier pour les plus fragiles. La reconstruction du parcours correspond à « une activation biographique des politiques sociales[19] ».

Les problèmes de pauvreté et d'insertion des personnes fragilisées ne se posent pas simplement sous l'angle du soutien individuel, mais confrontent directement la collectivité à la question de l'offre d'emploi et de la formation. Ce constat banal soulève néanmoins des questions centrales. L'accompagnement des parcours est un travail d'équilibre entre les réponses individuelles et collectives. Il suppose un ancrage non seulement temporel et singulier, mais également territorial et économique afin de ne pas enfermer les protagonistes dans l'impasse d'une relation d'aide individuelle en attente d'un emploi hypothétique. Faute de quoi l'individualisation se retourne contre l'individu.
L'individualisation du parcours est donc un mythe si elle ne s'accompagne pas de supports collectifs et de solidarités de territoires. Elle révèle assez vite de sérieuses limites dans la mesure où l'accompagnement n'atteint pas les racines des difficultés rencontrées. En effet, les travailleurs sociaux restent souvent assignés à résoudre les problèmes au cas par cas sur le mode de l'urgence. Ils sont confrontés à une multiplicité de dispositifs accumulés et morcelés. Ainsi, dans un contexte de précarité de masse, leur action se situe souvent sur un volet palliatif. Le manque de moyens les renvoie à un fort sentiment d'impuissance et de perte de sens de leur mission, notamment lorsque la logique d'attribution de prestations prédomine et que le traitement individuel des problèmes ne résout pas les demandes récurrentes[20].

Ces réflexions au sujet de la mission des intervenants sociaux débouchent sur une approche plus collective et territoriale, pas uniquement individuelle et clinique. Le « collectif » permet à l'accompagnement des parcours de ne pas se transformer en un parcours d'intériorisation d'un échec vécu sur un plan strictement individuel[21]. Dans cette lignée interprétative, le modèle inclusif substituerait l'approche selon le nombre de places en établissement par celle fondée sur le parcours des personnes. Certes, dans le milieu ordinaire, avant tout, la visée inclusive entend apporter de la continuité en lieu et place de la discontinuité, ainsi que de la fluidité là où il y a des rigidités, afin de répondre aux demandes multiples et aux parcours singuliers. Cette approche joue un rôle levier et facilitateur, mais elle peut tout aussi bien, à terme, corroder le socle nécessaire de protection et de sérénité des individus. L'approche par le parcours transporte avec elle le risque d'une conception irénique de l'intervention sociale. Elle pose la question centrale des « capabilités » personnelles et du « sujet individuel » avec un apport, ou non, de ressources qui sont aussi collectives.

13 Médecine de ville et hôpital, secteur sanitaire et secteur social, régimes de protection sociale.

14 Libault, D. (2019). *Rapport de la concertation grand âge et autonomie.* Ministère des Solidarités et de la Santé.

15 Piveteau, D. et Wolfrom, J. (2020). *Demain je pourrai choisir d'habiter avec vous !* [Rapport remis au Premier ministre].

16 Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (J.O., 12 février 2005).

17 Piveteau, D. (2014). *Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* [Rapport au ministre des Affaires sociales et de la Santé].

18 Duvoux, N. (2009). L'injonction biographique dans les politiques sociales. Spécificité et exemplarité de l'insertion. *Informations sociales*, 156, 114-122.

19 Bessin, M. (2009). Parcours de vie et temporalités biographiques. *Informations sociales*, 156.

20 Avenel, C. et Bourque D. (2017).

21 Avenel, C. et Martin, C. (2021). *Manuel de l'intervention collective pour les travailleurs sociaux.* La Documentation française.

Raphaël Bouloudnine
Psychiatre, coordinateur national du dispositif Un chez-soi d'abord
Dihal

Charles Gardou
Anthropologue, professeur des universités
Université Lumière Lyon 2

Mickaël Puech
Chargé de mission
Association Un chez soi d'abord France

Le modèle *First*. Qui est *In*, qui est *Out*?

Housing first, Working first, Love first... Le mot « *First* » fleurit ces dernières années au sein des organisations et, plus largement, dans les politiques publiques. De quoi éveiller des suspicions de néophilie ou, tout au moins, une curiosité du secteur de la santé mentale et de bien d'autres. Aussi souhaitons-nous partager, sans autre prétention, la façon dont nous percevons et expérimentons ces « nouvelles modalités d'accès ». De manière liminaire, il nous faut préciser la signification que nous attribuons à cet acronyme : forces, inconditionnalité, coresponsabilité, savoirs expérientiels, transférabilité.

Nous questionnons d'abord l'accès direct aux droits pour des publics dits « en marge », en opposition au modèle dit « en escalier » et les enjeux d'une prise en compte, réellement effective, des forces, de l'inconditionnalité et de la coresponsabilité. Nous montrons ensuite en quoi les savoirs expérientiels « d'abord » conduisent à reconsidérer l'évaluation et la participation des personnes. Enfin, nous interrogeons la transférabilité de ce modèle à l'échelle sociétale et le principe, indu, « *In* » et « *Out* ».



L'accès au droit pour chacun et pour tous

Le programme *Un chez-soi d'abord*, version française de *Housing First*, avec ses déclinaisons (telles que *Working first*), ambitionne de favoriser l'accès direct au logement, au travail et, plus globalement, au plein exercice des droits. Ni plus ni moins. Rappelons que les publics avec des pathologies mentales ou psychosociales, éloignés du droit commun, se voient encore, la plupart du temps, proposer des modèles dits « en escalier » où ils doivent graduellement prouver leurs capacités et leurs motivations à accéder au logement, au travail... Or, l'escalier est jonché d'évaluations, majoritairement unilatérales, réalisées par des professionnels dont on attend qu'ils établissent un rapport conditionnant l'accession à la marche suivante. Certaines personnes nécessitant une progressivité et un accompagnement soutenu dans le processus de rétablissement, il est aisé d'imaginer la position où elles se trouvent enfermées sous la pression d'un système censément pluridisciplinaire, mais le plus souvent très subjectif. Injonction paradoxale à mobiliser des compétences d'adulte au sein d'un système infantilisant. A contrario, l'accès direct au logement propose des offres selon les desiderata de la personne : « Qu'est-ce que je souhaite, quel est le plus important pour moi? » Au sein du réseau Un chez-soi d'abord, nombre de personnes trouvent ainsi une sécurité physique et psychique dès l'entrée dans leur logement qui constitue une « élaboration pour soi ». Le lit, la table à manger, le frigidaire, les photos sur les murs, la musique, les odeurs de cuisine : tout cela, sans injonction aucune et au rythme de la personne elle-même.

L'accès au droit, qui repose sur le principe de citoyenneté, s'accompagne toutefois d'une responsabilité de la personne envers son environnement social. C'est dans le dialogue, à partir de l'infra-ordinaire, et grâce à la prise en compte de la dimension sociale que la présence d'une équipe mobile trouve toute sa légitimité. Nous pensons ici à une personne ayant obturé les fenêtres de son appartement avec des morceaux de cartons afin de se protéger du monde extérieur. Si rien ne l'interdit, un échange amène à suggérer la pose de rideaux, l'équipe expliquant que la volonté d'obturer les fenêtres de cette manière fait courir le risque de stigmatisation par le voisinage. De tels dialogues, situés au croisement de l'expression d'un symptôme et des interrogations sociales, sont essentiels.

On le voit, par-delà le concept d'« inclusion sociale », il s'agit de choses quotidiennes qui tissent du lien social, en coresponsabilisant le locataire et sa communauté. Dans la démarche élaborée avec l'équipe d'accompagnement, l'« inclusion » (faut-il d'ailleurs continuer à utiliser ce vocable ambigu?) est mise à l'épreuve du réel et le paradigme *First* appelle à déplacer certains curseurs du fonctionnement social, qui induisent la marginalisation et la stigmatisation de certains comportements.

Les personnes bénéficiaires sont notamment invitées à s'extraire d'une passivité nourrie par les phénomènes inhérents à l'institutionnalisation. Les transformations systémiques qui en découlent méritent d'être évaluées à la fois dans le temps et au niveau des personnes, des organisations et de la société.

First, l'expérience avant tout

Le point commun des approches *First* est de considérer l'expérience comme une indispensable mise en mouvement visant le rétablissement. Les traumatismes de vie rencontrés par les personnes bénéficiaires des services (et, dans une moindre mesure, par tout un chacun) sont susceptibles d'altérer gravement leur confiance en soi, leur confiance en l'autre et leur confiance en un système, hélas, exclusif et excluant. L'accès direct les amène, par une mise en situation, à valider leurs capacités. Entrer dans le logement, signer un bail, meubler, placer son

nom sur la boîte aux lettres, autant d'actes qui (re) donnent au locataire un sentiment de possession d'un espace et, symboliquement, de ses droits, de son humanité. L'objectif est bien de générer un effet « boule de neige » par cette (ré)instauration de la confiance, via la validation des expériences de celles ou ceux ayant perdu l'espoir d'être capables.

Nos expériences témoignent cependant d'une grande variabilité au gré des personnes et de leurs histoires de vie. Occuper ou retrouver une place sociale présente naturellement un coût : disposer d'une adresse, recevoir du courrier (parfois celui que l'on n'attendait pas !), s'administrer, tout cela s'accompagne de responsabilités. L'objectif demeure d'autoriser chacun à disposer du temps nécessaire pour retrouver confiance en sa capacité à décider de ce qui est bon pour lui.

Le constat de ces effets fait émerger la question de l'expertise et de l'évaluation. La personne n'est plus soumise à une expertise extérieure chargée de valider ou d'invalider sa possibilité d'entrée dans un dispositif et de prédire son succès ou son échec. Grâce à une autoévaluation continue *in situ*, elle dispose des informations requises pour exercer son pouvoir d'agir, se situer et savoir si elle souhaite ce service et à quelles conditions. Sa participation, source de débats – mais également de tentatives avortées –, se fonde sur sa libre décision d'accepter ou de refuser un accompagnement.

Le rétablissement, avec sa démarche qui fonctionne par essai-erreur, offre un cadre approprié à la dynamique *First*. Plus que la réussite en elle-même et pour elle-même, c'est la mise en mouvement qui prime. La condition *sine qua non* étant de ne pas se satisfaire d'une relation individuelle, mais d'ambitionner une évolution sociétale.

Le rétablissement dans une société inclusive

Rétablissement dans la vie sociale ; inconditionnalité des droits fondamentaux, en dépit des aléas de la naissance ou du cours de la vie ; accessibilité universelle ; remise en cause des frontières entre les mondes éducatifs, professionnels, sociaux ; prise en compte de la personne dans sa parole, ses besoins, désirs, appétences ou appréhensions ; accompagnement multidimensionnel ; réappropriation de son pouvoir d'agir et autodétermination : ces visées du mouvement *First* sont en congruence avec l'idée de « société inclusive », expression qui, en réalité, est un pléonasme.

L'adjectif « inclusif » ne constitue en effet qu'un exhausteur de sens du mot « société », signifiant lui-même association, communauté, union, alliance. Il n'en change pas la signification, mais en augmente l'intensité, l'essence même d'une société étant la coopération, la solidarité entre des compagnons liés par des relations d'interdépendance. De fait, exclure un seul des compagnons engendre un appauvrissement et une fragilisation du tissu communautaire, au fondement d'une société humaine et à l'opposé d'une assemblée de propriétaires égoïstes et égotiques.

Une société n'est pas un bien privatif, mais un capital composé de biens naturels, matériels ou immatériels au service du bien-être individuel et collectif. Nul ne saurait en faire son privilège ou son plaisir exclusif, selon les mots de Montesquieu et de Rousseau. Ce patrimoine commun, qui inscrit dans une lignée, une histoire et confère une identité, est, par définition, ouvert à tous, sans exclusivités ou passe-droits catégoriels. Chacun, par naissance même, en est légataire. Il n'y a ni carte de membre à acquérir ni droit d'entrée à acquitter. Ni centre ni périphérie. Ni débiteurs ni créanciers.

Le processus inclusif, encore mal compris, ne se réduit aucunement à « mettre dedans » (dans une école, un logement, une entreprise). Il importe avant tout de permettre à une personne d'exercer son droit naturel à « faire partie ». On ne se place pas ici sur le terrain du manque, mais de la liberté offerte de « se produire », ce qui n'est jamais un voyage en solitaire : que tout ce que la personne (et non le « patient ») peut réaliser soit réalisé, en valorisant ses propres ressources ou solutions et en mettant à sa disposition les aides nécessaires.

LE PROCESSUS INCLUSIF NE SE RÉDUIT AUCUNEMENT À « METTRE DEDANS »

Concevoir mécaniquement l'inclusion conduit insidieusement à l'exclusion, symptôme d'une pathologie du développement social, en donnant à croire qu'on est reconnu parce qu'on est parmi les autres et que, par dissolution dans le mouvement général, l'on peut s'accomplir dans une existence émancipée. Or, privé de reconnaissance, de droit, de participation, il est souvent bien plus difficile de se réaliser « hors » que « dans », d'accéder à une liberté aux visages multiples. Dit autrement, « faire de l'inclusion » renvoie à une conception dogmatique et dévitalisée du mouvement inclusif en augmentant pour certains de nos pairs le sentiment d'une extériorité originelle à la famille humaine qui ne serait pas naturellement la leur. Ce n'est pas ainsi que l'on redonne des ailes à des destins entravés. Il s'agit moins d'inclure que de ne pas exproprier et déshériter. Sans aménagements des institutions éducatives, sociales, politiques et culturelles, sans accommodations de l'espace et de l'organisation économique, sans les supports requis, sans valorisation des rôles sociaux, l'inclusion est susceptible d'entraver la floraison.

In fine, la visée inclusive, comme nouveau cadre de pensée sociale qui interroge puissamment notre forme sociale, invite à retrouver la signification profonde d'une société capable de composer avec les arabesques de l'humain, consciente que l'égalité formelle n'assure pas l'égalité réelle et peut même nuire à l'équité. À rebours de l'emprise excessive de normes, culturellement construites, qui prescrivent, proscrivent, asphyxient le singulier et renvoient en périphérie ceux dont l'existence même déconstruit les modèles et archétypes dominants, elle rappelle que la vie humaine est une forêt foisonnante de nuances, de variations, d'inflexions et d'écarts, d'étrangetés, de crises ; une infinité de dissonances et d'anfractuosités, d'aspérités et d'embardées, de relatifs et de relations.

En situation de handicap ou non, chacun a le droit inconditionnel à être singulier et à réaliser sa singularité. Cette dernière n'autorise aucun traitement inégalitaire. Telle est la clé de voûte d'un rétablissement social dans une société voulue inclusive.

Pascale Estecahandy
Médecin en santé publique

Christian Laval
Sociologue

Nicolas Trujillo
Coordinateur du programme « Un chez-soi d'abord jeunes – Toulouse »

Un chez-soi d'abord jeunes, dérailler ou bifurquer

L'expérimentation « Un chez-soi d'abord jeunes » (UCSD), lancée fin 2019[1] et ayant pris fin en décembre 2023, avait pour objectif de loger et d'accompagner des jeunes âgés de 18 à 21 ans, sans domicile ou avec un fort risque de le devenir, et présentant des troubles psychiques sévères moyennant un accompagnement intensif et pluridisciplinaire à leur entrée dans le programme. Adossée aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) « un chez-soi d'abord » et déployée sur les métropoles lilloise et toulousaine, l'expérimentation proposait 50 places sur chaque territoire. Elle s'est appuyée sur l'hypothèse d'un accompagnement spécifique des jeunes adultes vivant avec une psychose débutante pour qui le risque d'instabilité résidentielle ou d'itinérance est plus important que la population générale[2], d'autant plus pour ceux qui ont un parcours émaillé de fragilités multiples.

Au total, 122 jeunes ont été accompagnés par le programme « Un chez-soi d'abord jeunes ». Trois quarts d'entre eux sont des hommes et 83 % sont de nationalité française. Lors de leur entrée dans le programme, la moitié était âgée de 20 ans ou moins. L'ensemble des jeunes accompagnés présentent des fragilités multiples et sont, par exemple, confrontés à la pauvreté monétaire, l'instabilité de leurs ressources et de leurs situations résidentielles, ont des interactions complexes avec leurs familles ou un bas niveau d'étude. Certains ont également un parcours migratoire, ont vécu l'incarcération ou consomment des substances psychoactives. À ces difficultés s'ajoutent également des expériences traumatiques multiples dans l'enfance ainsi que des troubles psychiques sévères.

Soigner l'accompagnement des jeunes

Comme dans les dispositifs ACT « Un chez-soi d'abord », un logement diffus dans la cité ainsi qu'une aide financière à l'aménagement sont proposés à chaque jeune, en moyenne quatre semaines après son entrée dans le programme. L'accompagnement est très intensif. Il compte deux visites par semaine (au moins, soit un ratio d'un professionnel pour six jeunes) et propose une très grande diversité de services – nécessaires dans cette période de transition vers la vie d'adulte – pour combler les besoins psychosociaux des jeunes[3]. Les principes qui guident l'accompagnement sont le rétablissement en santé mentale, l'approche par les forces, la réduction des risques et des dommages, mais aussi une sensibilité aux psychotraumatismes. Ce dernier prisme permet de minimiser le risque de nouvelles expositions traumatiques en proposant un environnement sécurisé tant sur le plan matériel qu'émotionnel, tout en maintenant la capacité de choix du jeune et en lui permettant d'avoir un contrôle sur les services rendus[4].

Une évaluation, portée par le Creai-ORS Occitanie[5], longitudinale, coopérative et s'appuyant sur des méthodes qualitatives ainsi que quantitatives, documente les effets du programme. La question des expériences potentiellement traumatiques vécues dans l'enfance ressort fortement des évaluations avec un score supérieur ou égal à 4 (sur une échelle de 0 à 10) pour 67 % des jeunes (30 % présentent un score de 1 à 3 et 4 % un score à 0). À 24 mois, les effets du programme montrent : une grande stabilité dans le logement, puisque plus de 80 % des jeunes s'y maintiennent ; une stabilité et une augmentation des ressources monétaires ainsi que des droits ; l'accès à l'emploi ou à la formation et une inscription dans un parcours de soin. Pour autant, certains jeunes ayant connu antérieurement la prison et la rue, avec peu de ressources financières et sociales, et étant peu suivis médicalement, ont plus de difficultés. Parmi eux, 22 % vont être incarcérés à nouveau. Cela acte de la nécessité à intervenir au plus tôt afin de limiter les temps de passages à la rue pour ces jeunes.

Jo a appris pas à pas

Prenons un cas concret. Jo[6] est orienté vers le programme « Un chez-soi d'abord jeunes » par l'Aide sociale à l'enfance car sa mère ne le veut plus chez elle et leurs relations sont très conflictuelles. Il refuse les soins proposés par son médecin généraliste et soutien qu'il « *n'a aucun problème* ». Jo est sujet à des crises clastiques et était pris dans de petits actes de délinquance. Pour s'apaiser, « *il se promenait* » et partait en « *errance* » pendant des heures ou des jours. Sans permis, il « *empruntait* » la voiture familiale pour rouler vite. Auteur de larcins, il se créait des soucis avec la justice et des crises familiales intenses. Jo, lui, percevait ses actes transgressifs comme une conséquence directe de l'agression des autres sur lui. « *Il n'y était pour rien !* » et ne souhaitait pas partir de chez sa mère. Face aux crises croissantes, la famille l'a obligé à quitter le logement. Sans revenus et sans solutions d'hébergement, même auprès de ses amis, Jo n'a eu le choix qu'entre la rue ou le programme « Un chez-soi d'abord jeunes ». Il a donc accepté l'accompagnement proposé. Le passage en appartement lui montre que les perturbations qu'il vit persistent malgré l'absence de sa famille. Il a des troubles du sommeil et casse tout dans les appartements qu'il use. Jo a changé quatre fois d'appartement. Il se plaint de personnes qui lui veulent du mal, « *de gens qui voudraient le tuer* », sans présenter d'éléments réels qui expliqueraient ses craintes. Les symptômes persécutoires observés par l'équipe s'amplifient. Le travail vers le soin, amorcé par son généraliste, est appuyé

1 L'expérimentation est pilotée par la délégation interministérielle à l'hébergement et l'accès au logement (Dihal).

2 Deschênes, J. M., Roy, L., Girard, N. et Abdel-Baki, A. (2021). Comment aider les jeunes atteints de psychose à éviter l'itinérance ? *Santé mentale au Québec, 46*(2), 189-216.

3 Lee, R., Scodes, J., van der Ven, E., Alves-Bradford, J.-M., Mascayano, F., Smith, S. et Dixon, L. (2020). Sociodemographic, clinical and help-seeking characteristics of homeless young people with recent onset of psychosis enrolled in specialized early intervention services. *Early Intervention in Psychiatry, 15*(4), 1044-1050 ;

Goyette, M., Bellot, C., Blanchet, A. et Silva-Ramirez, R. (2019). *Stabilité résidentielle, instabilité résidentielle et itinérance des jeunes quittant un placement substitut pour la transition à la vie adulte. Étude longitudinale sur le devenir des jeunes placés.* Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables (Crevaj), Étude sur le devenir des jeunes places (EDJeP).

4 Deschênes, J. M., Roy, L., Girard, N. et Abdel-Baki, A. (2021).

5 Beaumont, A. et Roquefort, A. (2023). *Un chez-soi d'abord jeunes : expérimentation et effets.* Creai-ORS Occitanie.

6 Le prénom de la personne citée a été anonymisé.

par l'équipe du programme. Néanmoins, dans un déni majeur de ses troubles, Jo a catégoriquement refusé le soin psychiatrique. Il avait lui-même déjà identifié d'autres solutions : « *Ce sera mieux ailleurs* », « *Je vais partir en vacances avec telle copine* », « *Je vais aller vivre dans le Nord* ». L'équipe a soutenu ses envies. Tout en faisant son expérience, Jo a pu progressivement voir ce qui fonctionnait pour lui, ou pas. « L'ailleurs » n'était pas toujours idéal, ni réalisable. Les « ratés » de Jo lui ont permis de consentir à du soin psychiatrique et de le négocier. C'est en suivant ce « pas à pas » que l'équipe a suggéré « du soin ».



En deux ans et demi d'accompagnement, Jo a appris à se poser en étant parfois hospitalisé lors de ses moments de crises pour des courtes périodes, « à durée déterminée ». L'alternance des hospitalisations et de la vie autonome lui a permis de percevoir certains bénéfices d'un accès aux soins et a également modifié son projet de logement. Puis, l'expérience d'une hospitalisation longue a fait exister le mot « schizophrénie ». Il identifie alors que cette persécution qu'il ressentait si fort venait des « voix ». « *Des voix qui lui parlent, qui lui font peur, qui l'insultent, qui le menacent.* » Aujourd'hui, après de nombreux essais, Jo sait reconnaître ces voix. Il en parle, décrit leur intensité et l'angoisse que cela génère. Son traitement les diminue. Jo va au centre médico-psychologique (CMP), au début en étant accompagné, puis seul. Quand il vit des crises importantes, il sait solliciter directement les services concernés et son médecin psychiatre. Son projet de logement se stabilise et change.

Il remarque que le fait de vivre seul augmente les voix et ce malgré le traitement. Il cherche un projet semi-collectif. L'équipe le suit, l'aide, l'accompagne. Jo maintient-il toujours un lien avec sa famille ? Pas tout le temps, sinon c'est trop compliqué. L'appartement qu'il avait choisi pour être proche de celle-ci lui a montré qu'il était préférable d'être un peu à distance. Aujourd'hui, cela se passe mieux et il peut les rencontrer quand il va bien. Qu'en est-il de ses amis ? Avant, Jo était méfiant vis-à-vis des autres, il s'enfermait seul chez lui et y restait des jours. Maintenant, il va chez des amis et en invite certains. Jo voit qu'il avance et qu'il s'apaise. L'équipe est à côté de lui. Ensemble, ils regardent son chemin, pour en être témoins mais aussi pour lui faire des propositions qu'il retient, ou non, en fonction de son vécu. Ça va mieux, ça ira mieux. Un projet se dessine et Jo a de plus en plus d'outils pour le conduire.

Dérailler ou bifurquer

Avec l'extension du « chez-soi d'abord » adulte au public jeune, les équipes d'accompagnement bénéficient de l'expérience acquise lors du programme initial, tout particulièrement celle de la culture du rétablissement. Cette dernière, déjà bien installée dans la communauté de pratiques[7], insiste sur le sens qu'une personne donne à son expérience. Ainsi, pour les équipes, le fait d'avoir précédemment travaillé avec un public adulte exemplifie la possibilité d'une carrière funeste pour des jeunes au bord du sans-abrisme.
La pluralité de situations traumatiques, et quelles que soient les violences initiales liées à l'enfance ou à la sortie de cette dernière – la précarité, les addictions, les maltraitances familiales ou autres – qui les ont provoquées, nourrit des orientations de travail inédites. En premier lieu, concernant les relations engagées, les effets du programme jouent un rôle de stabilisation psychosociale et de sécurisation ontologique de base (surtout dans les situations de trauma complexe). En n'étiquetant plus les parcours, en décloisonnant les prises en charge, en désamorçant des stigmatisations liées aux préjugés ou aux filières, le programme pacifie les relations. En somme, « Un chez-soi d'abord jeunes » lutte contre l'installation des personnes dans des « carrières » calamiteuses. En second lieu, dans ce dispositif inclusif – qui donne aux personnes accompagnées un toit et une adresse personnelle –, la relation d'accompagnement revisite ses gammes et ses harmoniques. Il faut particulièrement tordre le cou à l'idée qu'il s'agirait ici de prévention primaire. En travaillant avec le trauma, dont la notion renvoie par définition à un événement antérieur à la prise en charge, les équipes ne peuvent agir qu'après qu'un ou plusieurs événements violents aient eu lieu – souvent dans l'enfance. De ce point de vue, la vignette quasi idéale typique présentée ci-dessus est instructive. Comment prévenir au jour le jour des parcours calamiteux anticipés ? Comment freiner ou pacifier des parcours qui peuvent dérailler ou bifurquer à tout moment, que ce soit au niveau du soin, mais aussi des relations avec leurs familles ou les équipes, dans le cadre de leurs recherches de formation ou de travail ou de relations amoureuses et amicales ? Retisser, réparer, compenser, faire tenir, laisser un horizon ouvert, donner du temps afin que puissent se rejouer des scènes « loupées » ou « ratées » en instituant des comportements qui font sens pour un jeune devenant peu à peu capable de réguler ses émotions relève d'un art en situation, d'une forme de performance.

Cette posture d'accompagnement n'est pas sans risque relationnel pour les professionnels pouvant être confrontés à de l'épuisement et au traumatisme vicariant. Le pari d'infuser davantage d'autoréflexivité et de pouvoir d'agir dans le parcours d'un jeune nécessite, en amont, une rupture ou, a minima, un pas de côté de la part des institutions d'aide ainsi qu'une approche de l'ordre social selon laquelle le devenir d'une personne serait essentiellement déterminé par la « place » dont elle serait ou non la détentrice. Sans cet accompagnement approprié et ajusté à chaque situation, les jeunes sans abri d'aujourd'hui risquent de devenir les sans-abri chroniques de demain[8].

7 Laval, C. et Estecahandy, P. (2019). Le modèle « Un chez-soi d'abord » au risque de sa diffusion. *Rhizome*, 71, 101-110.

8 Baker Collins, S. (2016). Value Discretion in a People-Changing Environment: Taking the Long View. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, *43*(2).

Valentine Remy
Chargée d'étude
Orspere-Samdarra

Lucile Berthaud
Éducatrice spécialisée
Équipe mobile santé mentale à destination des jeunes migrants de la Métropole de Lyon
Fondation OVE

Morgan Fahmi
Psychiatre
Permanence d'accès aux soins de santé, CH Le Vinatier
Orspere-Samdarra

Être reconnu mineur non accompagné et aller-vers le soin

Afin d'être reconnus mineurs non accompagnés (MNA) et donc accéder à une prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE)[1] en France, la reconnaissance de la minorité et de l'isolement des jeunes arrivés d'autres pays est nécessaire. Ces deux critères font spécifiquement l'objet d'évaluations précises par le conseil départemental. Lorsque la minorité des jeunes n'est pas attestée dans le cadre de l'évaluation initiale, ceux-ci ont la possibilité de contester la décision en saisissant le juge des enfants. En 2022, 1 159 jeunes se sont présentés au centre de mise à l'abri et d'évaluation (CMAE) de la métropole lyonnaise pour demander la reconnaissance de leur minorité[2]. Au total, 34 % des jeunes (soit 397) ont été directement « reconnus mineurs » par le conseil départemental et 79 % des jeunes ayant réalisé une saisine auprès du juge pour enfants ont finalement été reconnus mineurs[3]. Lorsque les jeunes se trouvent en « recours » – en attente de la saisine du juge –, leur situation est comme mise en pause. Cette période est également marquée par une forte précarisation, mais aussi une vulnérabilisation administrative, sociale et psychique. Dans le cadre d'une recherche-action, nous nous intéresserons à leurs vécus, leur santé mentale, ainsi qu'aux réponses qui peuvent leur être apportées pour les soutenir[4].

Un parcours administratif précarisant

Pendant la durée du recours, les jeunes sont amenés à changer plusieurs fois de lieu de vie. Par exemple, à Lyon, de janvier à avril 2023, certains d'entre eux passaient leurs nuits dans une salle municipale ouverte par un collectif militant lorsqu'ils sortaient du dispositif d'hébergement proposé par le CMAE. Puis, dès qu'une place se libérait au sein de l'un des deux squats gérés par un collectif de soutien, les plus anciens les rejoignaient. Toujours selon leur ordre d'arrivée, ils intégraient ensuite un dispositif d'hébergement d'urgence spécifique aux jeunes en recours[5] dans lequel ils restaient en attendant la réponse du juge des enfants. De septembre 2022 à mai 2023, des jeunes ont également été hébergés dans des gymnases mis à disposition par la ville. Ainsi, un parcours « type » se dessine pour les jeunes migrants isolés en recours qui accèdent progressivement à des lieux de vie moins précaires ainsi qu'à une prise en charge para-institutionnelle. Cela leur permet notamment d'accéder à des ressources diverses situées à différents endroits de la ville.

Des lieux de vie et de ressources

Ces jeunes, sans solution d'hébergement et sans reconnaissance statutaire, sont souvent très dépendants de leurs soutiens présents sur le territoire – des membres de collectifs associatifs ou militants. Ainsi, leur quotidien est rythmé par les apports que leur offrent les aidants. Par exemple, un grand nombre de jeunes assistent à des cours de français, dispensés chaque jour par le Secours populaire français dans le 7e arrondissement de la ville. Les bénévoles de l'association Accueil des mineurs isolés étrangers (Amie), dont les locaux se trouvent dans le 1e arrondissement, organisent également des temps de permanences afin d'accompagner les jeunes dans leurs procédures. Afin de bénéficier des repas dispensés par les restaurants sociaux, les jeunes sont aussi amenés à se déplacer dans le 3e arrondissement ou à Villeurbanne.

Si d'autres groupes de jeunes précarisés à Lyon investissent l'espace public et se l'approprient pour constituer des espaces à soi[6], celui-ci ne semble être qu'un lieu de passage permettant de relier des lieux ressources à d'autres aux yeux des jeunes en recours. Ainsi, en dehors des trajets qui répondent à la satisfaction de leurs besoins de première nécessité ou à des impératifs en lien avec leurs procédures, les jeunes rencontrés se déplacent peu au cours de la journée. Aly[7], habitant en squat, confie : « *Je ne connais pas Lyon, moi je connais deux endroits… J'ai maîtrisé comment quitter la maison, venir à Jean-Macé, quitter Jean-Macé et partir à la maison.* » Les seuls déplacements qu'il effectue relient le squat où il habite, situé dans le 4e arrondissement, au Secours populaire. Une minorité des jeunes rencontrés se déplacent pour des activités de loisirs ou occupationnelles en fréquentant des terrains de foot, en se retrouvant au centre commercial ou en participant à des sorties organisées par des bénévoles.

Une mobilité entravée

En ne bénéficiant d'aucune prise en charge, ces jeunes n'ont pas accès à des titres de transport. Ainsi, pour se déplacer, ils sont contraints de frauder ou de marcher malgré les distances qui peuvent être importantes[8]. Mamadou explique : « *Je suis à la maison, je ne vais pas partir quelque part parce que on n'a pas la carte de transport… De temps en temps, en entrant dans le métro par effraction, tout ça là, la police t'arrête. Ils t'arrêtent, ils te donnent une amende, des amendes de 110 € chaque jour. Ça va te décourager… C'est mieux de marcher à pied que de partir dans le métro. Quand tu te mets à voler dans le métro pour pouvoir entrer, tout le monde te regarde, c'est bizarre, bon…* » Frauder provoque du stress et la peur d'être contrôlé ainsi qu'un sentiment de honte d'être perçu comme un voleur par les autres usagers. Nous pouvons également supposer qu'à l'instar des sans-papiers qui mettent en place des stratégies pour éviter les lieux où ils risquent de se faire contrôler[9], les jeunes font eux aussi en sorte de minimiser leurs déplacements.

1 Selon l'article 10 de l'arrêté du 20 novembre 2019 pris en application de R. 221-11 du Code de l'action sociale et des familles relatif aux modalités de l'évaluation des personnes se présentant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille : « La personne qui est évaluée mineur privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille bénéficie des dispositions relatives à la protection de l'enfance. »

2 Mission d'évaluation et d'orientation des mineurs isolés étrangers - Meomie (2023). *Bilan d'activité 2022*.

3 En effet, la grande majorité des jeunes qui saisissent le juge des enfants obtiennent le statut de mineur.

4 Les analyses présentées dans cet article se basent sur différentes données. Un travail ethnographique a tout d'abord été réalisé à Lyon, de février à juin 2023, dans différents lieux de vie des jeunes en recours ainsi qu'auprès de l'équipe mobile en santé mentale à destination des jeunes migrants de la Métropole de Lyon, portée par la fondation OVE. Un corpus de 8 entretiens semi-directifs a été effectué avec 9 jeunes hébergés ou ayant été hébergés dans différents lieux (tels que des gymnases, des squats, ou la salle mise à disposition par un collectif). Huit entretiens ont également été menés avec différents acteurs professionnels et bénévoles qui travaillent, à Lyon, auprès des jeunes migrants.

5 Les dispositifs « Les stations », portés par l'association Le Mas, ont été mises en place sur la métropole lyonnaise.

6 Loth, C. et Tissot, N. (2023). Jeunes à la rue usagers de drogues : se construire des territoires existentiels. *Revue française des affaires sociales*, 1, 131-151.

7 Les prénoms des jeunes ont été modifiés par souci d'anonymat.

Enfin, un autre frein à la mobilité auquel ils peuvent être confrontés est la peur de se perdre. En effet, beaucoup d'entre eux ne savent pas lire, se repérer sur un plan ou n'ont pas accès à un GPS par manque de batterie, de données mobiles ou même de téléphone portable. Mohamed livre : « *Moi je ne connais pas Lyon comme ça hein, je ne peux pas dire que… Parce que sinon on me parle d'un endroit que je dois aller découvrir, ça quand même […] que là-bas c'est un endroit génial, que c'est bon, mais… […] Ouais, je ne suis jamais parti là-bas. Parce que je me suis dit que si je pars, est-ce que je ne vais pas me perdre ?* » Les déplacements peuvent donc être vécus comme étant angoissants et fatigants.

La mobilité entravée des jeunes est d'autant plus contraignante pour ceux hébergés dans les lieux les plus précaires. En effet, ceux qui vivent dans des campements sont contraints de se déplacer de manière constante afin d'accéder aux ressources dont ils ont besoin (se laver, manger ou recharger leur téléphone portable). À l'opposé, les jeunes qui logent en squat ou dans des gymnases sont en général moins mobiles puisqu'ils accèdent à ces ressources directement sur leur lieu de vie. Pour ces derniers, s'absenter trop souvent de ces espaces peut également leur faire prendre le risque de passer à côté des ressources qu'ils offrent[10]. Ibrahima, habitant en squat, explique que le fait d'aller se promener peut lui faire louper l'heure du repas : « *Parfois quand tu rentres la nourriture est finie, s'il n'y a pas de nourriture tu ne peux pas manger. C'est compliqué […] Parce que quand on prépare, on mange ensemble. Nous tous, on donne le signal dans le groupe que toute la nourriture est prête. Ça fait que si toi tu n'es pas là, on ne va pas t'attendre, on va manger.* »
Enfin, pour d'autres, c'est le poids de la procédure elle-même qui freine la mobilité. C'est notamment le cas de Souleymane qui raconte que le stress et les ruminations provoquées par sa situation l'empêchent d'apprécier les sorties. Le recours est venu figer son parcours : « *Parce que ce qui me préoccupe beaucoup c'est ma procédure […] c'est d'être reconnu en tant que mineur. Si je suis reconnu en tant que mineur, je peux dire que la tête est tranquille, je peux faire n'importe quoi, je peux aller où je veux tranquille, j'ai la tête… Parce qu'actuellement je ne peux pas aller, m'arrêter dans un endroit où je peux dire… je vais bien me sentir à l'aise, où je vais oublier vraiment la vie que je mène. Pour le moment je n'aime pas faire les sorties. Je suis dans le gymnase, à l'école, le gymnase, l'école, le gymnase.* »

Au-delà des ressources qu'ils peuvent trouver au sein de leurs lieux d'hébergement, nous pouvons également interroger les raisons qui poussent les jeunes à investir fortement ces espaces et qui y prioriseront donc leur présence au dépens de leur mobilité. Cela ne serait-il pas aussi une manière de se mettre à distance d'une vision négative qu'ils pourraient avoir sur le fait de « traîner » dans l'espace public ? En effet, cette pratique est souvent associée à une situation de sans-abrisme que la plupart des jeunes ont vécu et dont ils souhaitent à tout prix se différencier. Dans ce contexte, comment soutenir la santé mentale de ces jeunes ? Il semble alors intéressant d'aller au-devant des demandes et de prévenir l'aggravation de certaines situations.

Soutenir la santé mentale et aller vers d'autres pratiques

C'est dans cette dynamique que l'équipe mobile en santé mentale à destination des jeunes migrants de la Métropole de Lyon a été créée[11]. En prenant en compte le rapport à la mobilité qu'ont les jeunes, l'équipe se déplace directement sur leurs lieux de vie. Elle leur donne également des rendez-vous dans des endroits identifiés par les jeunes eux-mêmes, souvent à proximité des services d'aide qu'ils fréquentent, connaissent et choisissent. Ces modalités d'aller-vers facilitent la rencontre entre les jeunes et l'équipe. De plus, cela évite des déplacements supplémentaires aux jeunes qu'ils pourraient en plus juger inutiles.

L'ensemble des parcours des jeunes ainsi que leurs particularités individuelles sont pris en compte. Au-delà des problématiques de santé mentale, l'équipe s'intéresse aux questions administratives, d'hygiène, de loisirs, d'alimentation, de compréhension de l'environnement, à la santé globale ou encore à la scolarité des jeunes accompagnés. Si leurs trajectoires et leurs récits peuvent se ressembler (les histoires de vie, les parcours migratoires, l'exposition aux traumatismes et à la perte d'êtres chers), leur rencontre avec les professionnels s'inscrit dans un contexte unique. Le fait de s'intéresser à ce qui leur pose question dans l'ici et maintenant permet de créer un lien de confiance et d'aborder des sujets de mal-être plus profonds. Garder un esprit ouvert aux singularités permet de mieux entrevoir certaines spécificités et d'éviter certains écueils (par exemple, celui du « tout trauma » qui impliquerait que toute la souffrance du jeune serait en lien avec l'exposition à des événements traumatiques). En effet, de nombreux symptômes sont réactionnels aux conditions de vie, les facteurs de risques (notamment la consommation de substances) sont multiples, les connaissances en santé et les représentations de la maladie sont variables, et les idiomes de détresse – soit la manière dont la souffrance s'exprime – différents. Par exemple, la frontière entre des éléments psychotiques, traumatiques et dissociatifs est parfois ténue. Il y a donc un intérêt à ne pas voir les troubles uniquement sous la forme de diagnostic (en prenant une approche catégorielle), mais plutôt sous la forme de dimensions, d'un continuum entre le normal et le pathologique (en prenant une approche dimensionnelle).

Du côté des professionnels de l'équipe mobile, prendre en compte l'ensemble de ces caractéristiques et proposer un soin psychosocial moins cloisonné semble permettre une meilleure adhésion des jeunes. L'identification de partenaires pouvant contribuer au mieux-être du public les incite à rester en veille sur les orientations possibles (vers des dispositifs de soin, mais aussi des activités sportives ou artistiques).

Conclusion

Les actions d'aller vers sont indispensables afin de suivre, d'accompagner et d'orienter au mieux les jeunes migrants isolés dans le réseau de soin. Il est important de souligner que leur parcours ne se termine pas avec la reconnaissance de leur minorité. Le recours n'est qu'une étape de leur « parcours MNA » qui s'inscrit lui-même dans un parcours de vie. Développer, dans les soins comme dans l'accompagnement social, une vision à long terme éviterait d'ajouter des obstacles et des ruptures aux parcours semés d'embûches de ces jeunes.

8 Par exemple, les jeunes logés dans les squats du 4e arrondissement ont plus d'une heure de marche pour participer aux cours proposés par le Secours populaire français, dans le 7e arrondissement.

9 Le Courant, S. (2022). *Vivre sous la menace : Les sans-papiers et l'État.* Édition Seuil.

10 Des repas, de l'aide au devoir, des interventions d'autres structures associatives…

11 L'équipe mobile en santé mentale à destination des jeunes migrants de la Métropole de Lyon, portée par la fondation OVE, est composée d'une infirmière, d'un psychologue et d'une éducatrice spécialisée. Elle intervient auprès de jeunes jusqu'à l'âge de 21 ans, pris en charge par l'ASE ou « en recours ». Leur mission principale est de soutenir la santé mentale des jeunes migrants en proposant un soin non spécifique, psychosocial, et en facilitant l'accès aux soins (vulgarisation, orientation, accompagnement, coordination, médiation). Ils participent à la déconstruction de certains blocages que peuvent rencontrer certains jeunes au sujet de l'accès aux soins. Ceux-ci peuvent être liés à la méconnaissance des dispositifs, à des croyances culturelles ou encore à des symptômes. L'équipe travaille de manière confidentielle dans une démarche d'aller-vers et de libre adhésion.

entretien

Magali Guegan

Directrice adjointe de la santé publique
Agence régionale de santé Île-de-France

Le parcours en santé des personnes migrantes en situation de précarité : un enjeu de santé publique

Rhizome : ***Quel regard portez-vous sur le parcours en santé des personnes migrantes en situation de précarité ?***

Magali Guegan :
Les parcours de santé des personnes sont influencés par de multiples facteurs comme le contexte socio-économique, les déterminants sociaux de santé, les habitudes de vie ou le système de santé lui-même. Celui des personnes migrantes en situation de précarité est à l'évidence l'un des plus complexes.
Accéder à la prévention ainsi qu'aux soins et en bénéficier durablement sont les piliers du parcours qui doivent guider l'action publique. Si la population générale est elle-même confrontée à des problématiques d'accès aux soins, les obstacles rencontrés par les personnes migrantes – en lien avec leur statut administratif, le non-recours aux droits et la barrière de la langue – rendent la problématique de leur accès aux soins plus aiguë.
Le contexte politique a également une grande influence. La situation irrégulière d'une partie de celles-ci est par essence un frein, même lorsque des dispositifs d'accès aux soins inconditionnels garantissent une possibilité de prise en charge indépendante du statut. Un frein car, lorsque les personnes n'ont pas le droit de bénéficier de l'aide médicale d'État (AME), les dispositifs passerelles et l'hôpital sont les seuls recours possibles pour qu'elles puissent être prises en charge. Puis, après l'ouverture des droits, l'accès aux soins reste compliqué au regard des difficultés d'accès aux professionnels de santé de ville. Enfin, dans un contexte de politiques migratoires plus répressives, l'invisibilité est également une entrave et devient un obstacle à part entière pour accompagner vers le soin.

Rhizome : ***En 2018, vous avez travaillé au sein de la direction générale de la Santé (DGS) sur l'instruction relative à la mise en place du parcours de santé des personnes migrantes primo-arrivantes[1]. Quels constats ont nourri votre réflexion ?***

Magali Guegan :
Les travaux nationaux sur le parcours de santé des personnes migrantes sont nés dans le contexte du démantèlement de la jungle de Calais en 2015. Ils sont également issus de rencontres avec les associations impliquées pour la santé des populations vulnérables au cabinet de la ministre Marisol Touraine puis à la DGS. À la fois sujet de santé publique et individuelle, construire un parcours était, selon moi, un vecteur d'intégration par la santé des personnes très souvent fragilisées dans la société qui les accueille. Cela permettait également de répondre à un certain nombre de constats. Le premier était le manque d'informations sur l'accès aux droits, le système de santé français et plus spécifiquement ses dispositifs inconditionnels. Il était alors nécessaire de diffuser au sein des différents dispositifs accueillant des personnes primo-arrivantes en France, qu'ils soient institutionnels ou associatifs, une information de qualité et traduite. Le deuxième constat était celui de la nécessité d'investir le plus précocement possible la question de la santé des personnes : la mise en place des bilans de santé à destination des personnes primo-arrivantes répondait à cet objectif. Au vu de la violence des parcours de ce public, ces bilans avaient été préconisés par le Haut Conseil de la santé publique et étaient destinés à repérer, dépister et soigner le plus tôt possible. Cela concernait également les maladies chroniques touchant les populations migrantes, la prévalence de certaines maladies infectieuses dans des pays d'origine ainsi que l'exacerbation des fragilités dans certaines situations – comme celles des femmes enceintes ou avec nourrisson. Le troisième constat était l'importance des besoins en santé mentale, dans un contexte où ceux de la population générale sont également en augmentation et face à des tensions majeures sur le secteur de la psychiatrie. En effet, les situations de vie vécues dans les pays d'origine, la rupture avec les familles restées dans les pays d'origine, et les violences subies lors des parcours d'exil, y compris à l'arrivée en France, exacerbent les souffrances psychologiques des populations migrantes.
De manière globale, la vocation de ces travaux était de pouvoir affirmer un droit à la santé pour tous, indépendamment du statut au regard du séjour et quelle que soit la politique migratoire conduite.

Rhizome : ***Les demandes de soin exponentielles adressées aux permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont-elles le signe d'un échec de la coordination des parcours ?***

Magali Guegan :
Les demandes de soins auprès des Pass relèvent à mon avis de plusieurs facteurs. Sans en faire le signe d'un échec en tant que tel des parcours, l'augmentation des demandes traduit à la fois les difficultés relatives à l'accès aux droits – avec des abandons face à la complexité, comme le souligne la Défenseure des droits s'agissant du non-recours aux droits pour les personnes précaires[2] – et à la rupture de ce dernier, par exemple, lors des renouvellements. Les difficultés d'accès aux soins de ville après l'ouverture des droits sont également à souligner. Pour la population générale, l'accès à un médecin traitant ou à un médecin conventionné en secteur 1 est devenu une préoccupation prégnante et un sujet de débat public. Pour des personnes migrantes avec des droits ouverts, les difficultés sont à l'évidence accrues dans un contexte de files actives saturées. Ces difficultés sont renforcées par la barrière de la langue, une défiance ou la crainte de certains professionnels au sujet des remboursements de l'AME sans « carte vitale », mais aussi – et il ne faut pas le nier – par des phénomènes de stigmatisation et de discri-

1 Instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des personnes migrantes primo-arrivantes.

2 Défenseur des droits (2019). *Inégalités d'accès aux droits et discrimination en France. Les analyses du Défenseur des droits.* La Documentation française.

mination documentés par diverses publications[3].

Par ailleurs, les Pass étant les principales portes d'entrée du soin pour les personnes sans droits ouverts, le volume des demandes est aussi corrélé à la politique migratoire à un instant T. En l'occurrence, les sollicitations ne peuvent que mathématiquement augmenter lorsqu'une période de carence est introduite pour les personnes en demande d'asile, tandis que le nombre de déboutés du droit d'asile grandit et alors que les titres de séjours pour soins sont plus difficiles à obtenir.

Rhizome : ***Comment est pensée l'insertion et la mise en œuvre d'un parcours de soin au sein de l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France ?***

Magali Guegan :

En Île-de-France, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) a la particularité d'être dédié aux personnes en situation de grande précarité ; les personnes migrantes, et particulièrement celles arrivées irrégulièrement sur le territoire français, sont souvent dans cette situation. C'est dans ce cadre que le parcours de santé est pensé avec tous les acteurs participant à son élaboration tous les cinq ans.

Dans une logique de parcours, l'enjeu de repérage et de premier « contact santé » trouve sa traduction opérationnelle dans la diffusion d'information, mais surtout dans des actions d'aller-vers réalisées notamment par des équipes mobiles associatives soutenues par le fonds d'intervention régional de l'agence et les équipes mobiles psychiatrie précarité. Cette logique a été renforcée en 2021 par les dispositifs d'aller-vers territorialisés grâce à la création des Pass mobiles et la consolidation d'équipes mobiles existantes. Le développement de nouvelles équipes, grâce à un statut médico-social garantissant la pérennité des dotations et des emplois des professionnels, permet d'agir en proximité des personnes les plus vulnérables. Ainsi, ce sont plus de 45 équipes mobiles médico-sociales qui sont déployées sur l'Île-de-France avec l'ambition de poursuivre ce déploiement dans le Praps 3. Ces équipes mobiles, dont plusieurs sont d'ailleurs systématiquement mobilisées lors des mises à l'abri, assurent des bilans de santé infirmiers, des premiers soins ou des soins infirmiers sur prescription, la coordination de parcours pour les personnes avec maladies chroniques et proposent également l'accompagnement social nécessaire.

Leur travail est de créer des passerelles vers l'offre de droit commun. D'une part, elles orientent les personnes ayant une couverture sociale et nécessitant une logique de réseau vers l'offre dite « de ville » et, d'autre part, elles accompagnent les personnes sans droits sociaux vers l'offre de soin et de prévention inconditionnelle. En effet, en Île-de-France, c'est possible grâce aux 66 Pass hospitalières et Pass de villes, aux consultations généralistes ou spécialisées mises en place par des structures publiques ou des associations[4], ainsi qu'aux dispositifs publics de prévention[5]. À cette offre inconditionnelle s'ajoute celle des établissements médico-sociaux pour personnes sans chez-soi et en besoin de soins qui permettent l'hébergement, l'accès aux soins et l'accompagnement social. Chaque année, de nouvelles places en Île-de-France sont ouvertes au sein de ces structures, mais leur manque de fluidité en aval ne permet pas de répondre à hauteur des besoins. Cela représente un autre enjeu pour l'agence.

De manière plus générale, la diversité des statuts, des structures et leur accessibilité (proposant un accueil inconditionnel ou non) reste insuffisamment connue des dispositifs de coordination de droit commun intra-hospitaliers ou territoriaux. Nous pouvons citer, à titre d'exemple, les dispositifs d'appui à la coordination. Ainsi, l'outillage de ces dispositifs se présente comme un axe important d'amélioration des parcours de santé des personnes migrantes, en les inscrivant notamment de manière durable dans leurs parcours de santé.

Par ailleurs, une autre composante majeure des parcours, que l'agence encourage par son soutien aux associations et par son expérimentation en service de maternité à l'hôpital, est la médiation en santé. Le rapport national rendu en juillet 2023[6] pourrait permettre d'appliquer cette démarche structurelle au sein du système de santé en inscrivant cette intermédiation comme étant une « composante à part entière » de l'offre de santé, en travaillant à la reconnaissance du métier avec le cadre que cela implique et en proposant la refonte des financements afin qu'ils soient structurels.

Rhizome : ***Comment le sujet de l'accès à l'interprétariat est-il travaillé au sein de l'ARS Île-de-France ?***

Magali Guegan :

Les suites du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur l'accès à l'interprétariat[7] étaient très attendues pour déployer l'interprétariat, notamment en ville. L'idée était de lever l'obstacle de la langue dans l'accès à la médecine de ville, obstacle auquel pouvaient être confrontées les personnes migrantes bénéficiant de l'AME ou de la protection universelle maladie (Puma). Il s'agissait également, sur l'ensemble du territoire, de pouvoir donner une chance de réussite à l'inscription des personnes dans un parcours de santé. La mission avait donc proposé un modèle qui permettait aux professionnels de santé d'accéder facilement à l'interprétariat. Celui-ci se fondait sur un marché national de la Caisse nationale d'assurance maladie et la possibilité pour les professionnels de santé de recourir à l'interprétariat par sollicitation directe du prestataire retenu. Il avait le grand mérite de permettre un « passage à l'échelle » et de faire de l'interprétariat un élément structurel au sein du système de santé à une époque où les migrations sont elles-mêmes structurelles au regard des contextes géopolitiques, des conflits armés, des crises économiques, du réchauffement climatique et de leurs conséquences.

Dans l'attente des suites de ce rapport, l'agence régionale de santé Île-de-France avait mis en suspens ses travaux d'accès à l'interprétariat en ville, mais poursuivi son soutien aux associations agissant en proximité des publics migrants avec des interprètes. En 2021, elle a attribué des financements dédiés à toutes les équipes mobiles médicosociales intervenant en Île-de-France. Ainsi, et sans surprise, lors des travaux de co-construction du Praps 3 de l'agence, l'accès à l'interprétariat, notamment en ville, est donc identifié comme étant un enjeu majeur du parcours de santé des personnes migrantes, l'ambition étant de trouver, à l'échelle régionale, une traduction opérationnelle du rapport précité.

3 Santé publique France (2021). Migrants en situation de vulnérabilité et santé. *Le dossier de La Santé en action*, (455) ;

Ichou, M. (2021). Discriminations et renoncement aux soins dans le système de santé français. Dans S. Brun et A. Gosselin (dir.), Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France [Dossier]. *De facto*, 25 ;

Défenseur des droits (2016). *Les droits fondamentaux des étrangers en France* [Rapport]. Défenseur des droits.

4 Comme la consultation régionale Capsys, les consultations de Primo-Levi ou du Comede.

5 Tels que les centres de vaccination, les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd), les centres de lutte anti-tuberculeuse (Clat) et la protection maternelle infantile (PMI).

6 Berkesse, A., Denormandie, P., Henry, E., Tourniaire, N. et Belkhir, F. (2023). *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*. Inspection générale des affaires sociales.

7 Burnel, I. et Calmette, P. (2018). *Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé*. Inspection générale des affaires sociales.

Céline Descamps **Directrice d'hôpital**
Cheffe de projet du Projet territorial de santé mentale 69

La logique de parcours en santé mentale et ses impacts sur les institutions

Consacrée par la loi du 26 janvier 2016 instituant les Projets territoriaux de santé mentale, la notion de « parcours » fait désormais référence au sein des politiques de santé mentale et de ses déclinaisons aux différentes échelles territoriales. Que recouvre vraiment ce terme et surtout quelles implications concrètes entraîne-t-il dans l'organisation, le fonctionnement et les pratiques des acteurs de santé mentale? Cet article se propose d'explorer quelques aspects du sujet.

Le soubassement conceptuel de la notion de parcours : l'objectif d'accompagnement du rétablissement des personnes

En positionnant le rétablissement des personnes comme visée principale des parcours et donc des interventions des acteurs de santé mentale, la loi du 26 janvier 2016 et le décret du 27 juillet 2017 – qui la décline – ont instauré une rupture significative dans les orientations officielles de la politique de santé mentale en France[1].

Le paradigme du rétablissement est issu du mouvement des usagers en faveur de la reconnaissance de leurs droits et de leur pouvoir d'agir. Il s'inscrit notamment dans l'évolution des connaissances scientifiques et des stratégies d'intervention sur les pathologies mentales, le handicap psychique et ses déterminants. Le rétablissement porte l'affirmation que toute personne vivant des troubles psychiques peut atteindre une qualité de vie qu'elle définit et reconnaît comme satisfaisante pour elle-même, indépendamment de la sévérité de ses troubles et de la persistance éventuelle de symptômes. Il reconnaît le pouvoir d'agir des personnes, leurs capacités et leur droit intrinsèque à définir leur propre trajectoire de vie. Ainsi, il consacre la vocation des personnes concernées par un trouble psychique grave à s'insérer ou à se maintenir en milieu de vie ordinaire, l'institutionnalisation (en établissement psychiatrique, social ou médico-social) devant être l'exception. Inséparable de la notion d'espoir, le rétablissement permet de rompre avec la vision déficitaire des troubles psychiques sévères longtemps associée à un cheminement quasi inéluctable vers la chronicisation et le handicap.

Dès lors, les pratiques professionnelles et les organisations doivent s'adapter pour venir en soutien du parcours de rétablissement des personnes, chaque parcours constituant une trajectoire individuelle avec ses rythmes et ses objectifs propres.

Un remodelage majeur de la visée et du contenu des interventions des acteurs de santé mentale

La logique de parcours de rétablissement oblige les institutions, qu'elles soient de soin ou d'accompagnement social ou médico-social, à repenser leurs interventions. La finalité est que celles-ci viennent moins en étayage durable d'un niveau de maladie ou de handicap considéré comme permanent, qu'en catalyseur et accélérateur d'une progression qui se fait en fonction d'objectifs définis par et avec la personne. Dans cette logique, la personne n'a plus, sauf exception, vocation à être prise en charge au long cours par une institution. Elle bénéficie de services qui évoluent en fonction de l'atteinte ou de la révision de ses objectifs.
C'est dans ce cadre que les structures de soins ambulatoires, comme les centres médico-psychologiques (CMP), autrefois conçus pour dispenser des soins sans limites de durée, repensent actuellement leur organisation pour accompagner de manière pertinente et utile une étape du parcours des personnes atteintes de troubles psychiques. Ils couvrent généralement le diagnostic, la mise en place des traitements appropriés et la récupération d'un fonctionnement satisfaisant, avant – si possible et en accord avec la personne – d'envisager un relais par le médecin traitant ou un autre professionnel de première ligne. Cette mutation implique pour les professionnels de ces structures de travailler avec les personnes selon une logique de projet, de fixation d'objectifs et d'évaluation partagée de l'atteinte de ces objectifs. Cela représente un changement culturel d'ampleur. Elle implique également de repenser en profondeur le contenu des soins dispensés pour les axer sur l'autonomisation des personnes ainsi que le développement des compétences nécessaires pour une meilleure compréhension et une meilleure gestion de leurs maladies, mais aussi de leurs répercussions.
La psychoéducation des patients et des proches[2] devient alors une alliée indispensable.

De la même manière, les services sociaux et médico-sociaux (ESMS) sont amenés à refondre leur stratégie et modalité d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. L'enjeu est de cibler davantage leur intervention sur les besoins et les souhaits des personnes en matière de gain en autonomie, mais aussi de ne pas prolonger sans raison l'accompagnement dès lors que celui-ci n'est plus pertinent. Une telle démarche impose notamment de se doter d'outils d'objectivation des besoins et des attentes, tels que, par exemple, l'outil Eladeb[3]. Ce dernier est employé par les Samsah rétablissement déployés en région Auvergne-Rhône-Alpes.

1 Article R3224-6 du Code de la santé publique.

2 De nombreux programmes de psychoéducation pour les proches existent en ayant fait la preuve de leur efficacité, tels que Bref, LEO, Connexions familiales, Profamille…

3 L'échelle lausannoise d'autoévaluation des difficultés et des besoins (Eladeb) est une échelle de mesure subjective des difficultés et du besoin d'aide. Sur la base d'une activité de tri de cartes effectuée par la personne évaluée, il est rapidement possible de dresser son profil de difficultés psychosociales, et de mettre en évidence les domaines dans lesquels elle estime avoir besoin d'une aide supplémentaire par rapport à celle qui existe peut-être déjà. Cet outil peut être employé dans différents contextes cliniques et convient particulièrement bien aux personnes peu verbales, maîtrisant mal le français et plutôt réticentes devant des questionnaires classiques. Consulter la présentation des outils de rehab Aeres et Eladeb sur le site du Centre de réhabilitation psychosociale.

La logique de parcours imprègne pareillement un nombre croissant d'établissements et services d'aide par le travail (Esat) qui, de lieux d'emplois protégés permanents pour personnes handicapées, deviennent des tremplins vers l'insertion dans le milieu ordinaire de travail pour les personnes qui le souhaitent via le développement ou la récupération de compétences et de capacités.
La logique de parcours modifie donc en profondeur la cible et les modes d'intervention des acteurs de santé mentale qui sont désormais invités à penser en termes de services personnalisés répondant à la diversité de l'expression des besoins. Elle sous-entend par ailleurs une capacité de flexibilité pour s'adapter au caractère intrinsèquement non linéaire du chemin de rétablissement des personnes, fait d'allers et retours, d'expérimentations, de succès ou de réorientations. Ainsi, le parcours ne saurait se concevoir sans un droit à l'erreur et au retour dans un mode d'accompagnement antérieur.

En ce sens, la dynamique d'accompagnement du parcours de rétablissement des personnes ne peut se résumer à une simple logique de flux d'entrées et de sorties de dispositifs, logique parfois incriminée comme visant à faire de la place pour de nouvelles prises en charge ou de nouveaux accompagnements dans un contexte de pénurie d'offre. Même si elle produit de fait une fluidification du recours aux services qui s'avère bénéfique à l'ensemble du système, elle est d'abord et avant tout centrée sur l'intérêt de la personne et tributaire du rythme de cette dernière.

Le passage d'une logique amont-aval à une logique de collaboration entre acteurs

L'assise du parcours sur le paradigme du rétablissement transforme également radicalement la nature des relations entre acteurs de santé mentale.
Dans la conception du parcours en santé mentale qui a longtemps prévalu, la priorité va en effet au rétablissement médical entendu principalement comme la résorption des symptômes. Le parcours engage donc prioritairement les acteurs du soin psychiatrique et ce n'est qu'une fois la stabilisation clinique obtenue que d'autres acteurs sont sollicités, généralement au motif de l'apparition ou de l'aggravation d'un handicap psychique mettant en jeu l'autonomie de vie de la personne. Le parcours est alors majoritairement structuré autour d'une phase en amont, polarisée sur le soin, et une phase en aval, polarisée sur l'accompagnement à long terme d'une situation de handicap.



Dans un parcours orienté rétablissement, l'ensemble des dimensions de la vie de la personne ont vocation à être prises en compte d'emblée : non seulement sa maladie et les symptômes par lesquels elle se manifeste, mais aussi sa qualité de vie, son insertion sociale, ses compétences, ses aspirations et ses projets. Le rétablissement médical ne prime pas sur le rétablissement personnel, mais est mis au service de celui-ci. Il s'agit alors de permettre à la personne d'exprimer ses besoins et ses choix dès l'entrée dans un parcours ainsi que de construire le projet personnalisé en découlant. Tout l'enjeu va être aussi de pouvoir mobiliser, sans délai et de manière coordonnée, l'ensemble des acteurs dont l'intervention est essentielle à la mise en œuvre du projet personnalisé, que ceux-ci relèvent du domaine du soin (de la psychiatrie, la médecine générale ou de l'addictologie), de l'accès au logement, de l'accompagnement à l'autonomie ou de l'insertion par l'activité professionnelle, sans oublier les proches et les aidants.

Ces acteurs doivent alors collaborer activement au service du projet de rétablissement de la personne, ce qui implique à la fois une délimitation claire des missions de chacun, la complémentarité des actions, le partage d'informations[4] et le partage de la philosophie d'intervention. Dans cette configuration, le paradigme du rétablissement, par essence transversal aux différents champs de la santé mentale, constitue un langage partagé puissant pour rapprocher les cultures professionnelles et faire tomber les cloisonnements entre acteurs.
Cette conception du parcours, outre qu'elle vise à maintenir l'identité de la personne en ne la résumant jamais au statut de patient ou d'objet de soins, s'inscrit expressément dans une logique de prévention de la désinsertion sociale et du handicap en activant les leviers de préservation des compétences, de l'inscription sociale, des projets de vie et de l'espoir qui les nourrit.
Si cette logique d'intervention collaborative autour des parcours est aujourd'hui inscrite dans les textes[5], sa mise en œuvre concrète se heurte encore à beaucoup d'obstacles. Ces derniers sont d'ordre réglementaire, financier ou culturel. Il s'agit en effet de dépasser la simple coordination (soit, échanger autour d'une situation en ayant chacun son propre plan d'action) pour aller vers une véritable collaboration (agir dans le cadre d'un plan d'action partagé). Les expériences mobilisant cette approche et les outils permettant sa traduction concrète sont toutefois en pleine expansion. Les équipes de prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques qui se déploient sur un nombre croissant de territoires en France en sont un exemple : l'objectif de maintien de la trajectoire de vie du jeune est prépondérant dans le fonctionnement de ces équipes, celui-ci s'articulant autour du rôle essentiel du *case manager*. Garant du projet personnalisé, ce professionnel au profil diversifié[6] a pour mission de s'assurer que tous les acteurs nécessaires au parcours de vie du jeune sont bien là et concourent au même objectif.
D'une manière générale, il convient de développer activement l'ensemble des outils qui vont permettre aux personnes d'exprimer leurs besoins et attentes autour de leur parcours de rétablissement afin notamment de les partager avec les différents professionnels qui interviennent auprès d'elles : le plan personnel de rétablissement, le plan de prévention et de gestion de crise sont ainsi des outils transversaux essentiels pour aligner les acteurs autour des objectifs formulés par la personne.
Au total, les évolutions récentes des politiques publiques, elles-mêmes prises en réponse aux aspirations et transformations à l'œuvre sur le terrain, amènent de puissants changements dans la conception et la structuration des parcours de santé mentale. Ces changements ne sont pas sans bouleverser le champ d'habitudes et des certitudes acquises ; ils doivent donc être accompagnés de manière volontariste et au plus près des équipes, sans oublier d'évaluer les bénéfices en résultant pour les personnes, mais aussi pour les professionnels eux-mêmes.

4 Le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel permet le partage d'informations entre professionnels de santé et professionnels des champs social et médico-social.

5 Article R.3224.6-II du Code de la santé publique.

6 Les *case managers* peuvent être des infirmiers, des éducateurs spécialisés ou encore des psychologues.

Marie-Ange Benneian
Éducatrice de jeunes enfants
Formatrice en petite enfance et protection de l'enfance

Pierrine Robin
Maîtresse de conférences, HDR
Université Paris-Est Créteil (Upec), Lirtes

Accueils et transitions en petite enfance et protection de l'enfance : esquisse d'une comparaison

Dans les parcours de vie des personnes accueillies en institution durant la petite enfance, l'enfance, ou l'âge adulte, l'entrée dans une structure collective constitue un rite de passage. À la fois « rite de séparation », « d'agrégation[1] » et de « liminalité[2] », l'accueil en institution ouvre un espace-temps intermédiaire où des systèmes de normes et de valeurs antagonistes, propres aux « cultures importées[3] » de l'univers familial et de l'univers institutionnel, s'affrontent. Ces rites de passage sont aussi des « actes d'institution[4] » puisqu'ils donnent une légitimité à des seuils et césures au point de les faire apparaître comme évidents et naturels. Ils peuvent être appréhendés comme des épreuves, au sens de ce qui s'éprouve en toute singularité, mais aussi comme des mises à l'épreuve de soi dont on sort grandi à ses propres yeux ou à ceux des autres. Ces épreuves comportent des dimensions physiques, psychologiques mais aussi politiques et morales, puisqu'elles permettent d'accéder à d'autres univers sociaux, à un autre statut social[5]. Toutefois, pour accueillir en crèche, en foyer, à l'école, « il ne suffit pas d'ouvrir la porte ». La manière dont les transitions sont pensées, de façon plus ou moins adaptée, à la singularité des individus, est un vecteur de la construction des liens entre personnes accueillies et professionnels en institutions. Cela offre aussi la possibilité pour les personnes accueillies de mettre en sens les continuités et les discontinuités dans leurs expériences de vie[6].



À l'appui d'une enquête réalisée par Marie-Ange Benneian[7] dans le cadre d'un diplôme de sciences sociales et protection de l'enfance, à partir d'une situation vécue comme problématique par les professionnelles – soit l'accueil d'une enfant confiée à la protection de l'enfance en multi-accueil municipal –, les autrices de cet article esquissent une tentative de comparaison de la conception de l'accueil et des transitions en petite enfance et protection de l'enfance. Ainsi, elles essaient de comprendre ce que ces différences donnent à voir du processus de soutien institutionnel à l'individuation au cours du cycle de vie et selon les sphères de vie.

Ce travail d'enquête a été conduit sur deux ans à partir de deux terrains situés dans le sud de la France, dans un département connaissant un taux de pauvreté plus élevé de quatre points par rapport à la moyenne nationale : une structure multi-accueil municipale de la petite enfance et un foyer d'accueil d'urgence en protection de l'enfance. Il a été mené en croisant une analyse des écrits professionnels avec des entretiens de professionnels et des observations participantes des pratiques.

Le premier terrain, le multi-accueil, ouvert depuis 1992, se trouve au rez-de-jardin d'un immeuble, situé au sein d'une résidence, qui regroupe des logements sociaux. Une cinquantaine d'enfants y sont accueillis de manière régulière ou occasionnelle. Au maximum, 35 enfants y sont présents. L'équipe est composée de trois éducatrices de jeunes enfants, trois auxiliaires de puériculture, deux aides auxiliaires, deux titulaires d'un certificat d'aptitude professionnelle petite enfance et une infirmière. Occasionnellement, un pédo-psychanalyste intervient également.

Le second terrain, le foyer départemental d'accueil d'urgence, accueille, depuis 2017, six enfants de 7 à 13 ans au titre de la protection de l'enfance. La villa comporte cinq chambres au centre-ville. Le foyer propose des mises sous protection immédiate à des enfants en rupture sociale ou familiale pour une durée d'un mois, renouvelable une fois, avant de leur proposer une orientation plus pérenne. Ce dispositif fait partie des quinze services du foyer départemental. L'équipe se compose d'un chef de service éducatif, de trois éducateurs spécialisés, de quatre moniteurs-éducateurs, d'une éducatrice de jeunes enfants, de deux maîtresses de maison, de trois veilleurs de nuit ainsi que d'un psychologue, présent un jour et demi par semaine.

1 De la Soudrière, M. (2000). Le paradigme du passage. *Communications, 70*(1), 8.

2 Van Genepp, A. (1981). *Les rites de passage.* Picard.

3 Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux.* Éditions de Minuit.

4 Bourdieu, P. (1982). Les rites comme actes d'institution. *Actes de la recherche en sciences sociales, 43*, 58-63.

5 Garnier, P., Brougère, G., Rayna, S. et Rupin, P. (2016). *À deux ans, vivre dans un collectif d'enfants. Crèche, école maternelle, classe passerelle, jardin maternel.* Érès.

6 Rayna S. et Garnier P. (dir.) (2017). *Transitions dans la petite enfance. Recherche en Europe et au Québec.* Peter Lang.

7 Benneian, M.-A. (2017). *L'accueil pensé de l'enfant ou l'enfant pensé selon l'accueil ? Étude comparative de l'accueil de l'enfant en structure petite enfance et en protection de l'enfance* [mémoire du diplôme universitaire de sciences sociales et protection de l'enfance, Université Paris Est Créteil].

C'est tout d'abord au regard des écrits professionnels (projets d'établissement, règlement de fonctionnement, fiche de recueil d'informations des habitudes de vie, règles de vie) que les différences dans la conception de l'accueil sont appréhendées. Dans le projet d'établissement du multi-accueil, la prise en charge singulière de chaque enfant est au cœur du projet. Le terme « enfant » est employé 158 fois, le plus souvent au singulier. La fiche des habitudes rappelle, au travers de différentes catégories – « objet transitionnel », « activités préférées », « acquisition de la propreté », « comportement selon situations », « expérience du collectif », « espace de socialisation » –, la nécessité de prendre en compte l'individualité de l'enfant et ses habitudes familiales dans ce nouveau lieu de socialisation.

Dans le projet de service du foyer, c'est la structure et les différentes étapes de la prise en charge qui sont au cœur du projet. Le terme « enfant » est utilisé 29 fois, le plus souvent au pluriel, celui de « mineur » 24 fois et celui de « jeune » 13 fois. Le terme « mineur » est beaucoup utilisé dans la première partie du projet qui décrit le dispositif de prise en charge et d'admission. Une fois l'admission réalisée, le terme « mineur » cède la place à celui d'« enfant », comme si ce mineur imaginaire devenait un enfant réel. Le recueil des habitudes de l'enfant n'est pas de mise. À la place, un document explicite les règles de vie du foyer à l'enfant en insistant sur la notion d'égalité – « *le menu est le même pour tous* ». Certaines règles sont toutefois modulées selon l'âge des enfants comme les horaires de coucher.

Dans le discours des professionnels du multi-accueil comme du foyer, le temps de l'accueil est appréhendé comme un moment important de rencontre avec l'enfant, mais la représentation de l'adaptation est différente. Pour les professionnels du multi-accueil, l'adaptation est appréhendée comme progressive, continue et réciproque. Une éducatrice de jeunes enfants explique : « *On parle de période d'adaptation sur une ou deux semaines, mais en fait l'adaptation c'est plus ou moins toute l'année voire sur les trois années d'accueil. C'est vraiment à nous de prendre en compte les besoins et le développement de chaque enfant, et de se calquer sur ce qu'il sait faire et sur ce que le parent est capable d'entendre et de faire.* » Pour les professionnels du foyer, l'adaptation est pensée comme un processus instantané, total et à sens unique. « *S'adapter c'est pouvoir intégrer rapidement les règles qui régissent le nouveau lieu où l'on est, que ce soit au niveau du groupe, du respect des lieux, du respect des personnes et s'intégrer au groupe* », précise une éducatrice spécialisée.

L'observation des pratiques nuancent toutefois ce premier constat. En effet, alors qu'à la crèche l'accueil est présenté comme un temps visant à s'adapter à la singularité et au rythme de chaque enfant, des agacements professionnels laissent transparaître des frottements avec la culture familiale et le poids de la structure collective dans la mise au pas des habitudes de l'enfant. Cela est notamment le cas au sujet des objets transitionnels : « *Oh encore un nouveau !* », « *Bientôt c'est toute la maison qu'il va nous emmener* », « *Tu es sûr que tu as besoin des deux ?* », s'étonne un professionnel titulaire d'un CAP Petite enfance. Le rythme des siestes est également questionné : « *Mais pourquoi ce serait à nous de nous baser sur son rythme de sieste ? Les parents n'ont qu'à s'adapter au rythme de la crèche le week-end. Ils l'ont deux jours, nous on l'a cinq. Ils n'ont qu'à la faire manger plus tôt et la coucher à 12 h 30 comme nous* », indique une auxiliaire de puériculture. Est-ce une manière de faire comprendre à l'enfant et à sa famille la nécessité de s'adapter au plus tôt aux règles et aux rythmes de la collectivité afin d'assurer le vivre ensemble ?

Inversement, alors qu'au foyer les horaires de coucher sont notifiés dans le règlement de fonctionnement, les professionnels peuvent proposer un temps calme plus long à certains enfants pour les sécuriser. Est-ce une manière de permettre à des enfants qui n'ont pas été conçus dans leur singularité de devenir petit à petit sujet de leur prise en charge ?

L'ACCUEIL ET LES TRANSITIONS NE SONT PAS CONÇUS DE LA MÊME MANIÈRE EN PETITE ENFANCE ET EN PROTECTION DE L'ENFANCE

Malgré cette nuance apportée par l'observation des pratiques professionnelles, il reste que l'accueil et les transitions ne sont pas conçus de la même manière en petite enfance et en protection de l'enfance. Pour reprendre la typologie évoquée plus haut, en petite enfance, nous sommes face à un rite de liminalité qui préserve la porosité des frontières entre sphère familiale et sphère collective. En protection de l'enfance, c'est un rite de séparation qui vise à faire advenir un homme nouveau, séparé de sa culture importée. Bien entendu, ces divergences s'expliquent par les visées différentes de ces structures, avec, pour l'une, la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle et, pour l'autre, la mise sous protection immédiate d'un enfant face à un danger perçu dans sa sphère familiale. Ces divergences sont liées à la tranche d'âge différente à laquelle ces deux structures s'adressent, mais aussi aux différences de temporalités dans lesquelles ces institutions se situent, avec un accueil qui dans un cas peut être programmé et anticipé, et dans l'autre est immédiat et précipité. Elles s'expliquent par la nature même de ces institutions, totale ou non. Néanmoins, n'y a-t-il pas aussi des différences en termes de milieu social ? La première structure s'adresse à tous les milieux confondus, la seconde à des enfants bien souvent issus de milieux populaires et dont les parents ont été disqualifiés.

Ainsi, porter attention au temps de l'accueil – à ce court laps de temps, à ce petit objet[8] – peut permettre de mettre au jour les rapports entre l'intérieur et l'extérieur de l'institution. Cela peut également constituer un analyseur des processus de soutien institutionnel à l'individuation, inégalement mis en œuvre au cours du parcours de vie et selon les sphères de vie. Aussi, au-delà des différences de fonctionnement, n'y aurait-il pas quelque chose à penser pour faire du rite de l'accueil en protection de l'enfance un rite de liminalité, permettant à l'enfant de préserver certains éléments de sa culture familiale tout en se défaisant de ce qui a été perçu comme un danger, et ce afin qu'il puisse mieux intégrer la continuité de ces expériences de vie ?

8 Lallemand, S. et Le Moal, G. (1981). Un petit sujet. *Journal des Africanistes*, *51*(1-2), 5-21.

Camille Lancelevée
Maîtresse de conférences en sociologie
Université de Strasbourg, UMR7363 – Sage, F-67000

Thomas Fovet
Maître de conférences en psychiatrie adulte
Université de Lille, Inserm, CHU Lille
U1172 - Lille Neuroscience & Cognition, F-59000

Sortir de prison, se perdre dans les mailles du filet

25 septembre. Boris[1] est libéré après deux mois d'incarcération. Cinquante-huit jours exactement. Il est presque insouciant dans la voiture de l'équipe mobile transitionnelle (Emot) qui le ramène en centre-ville : sa sœur a accepté de l'héberger pour quelque temps, son frère lui a transféré un peu d'argent. Il commence par « *appeler Barack Obama* » pour l'informer de sa sortie, puis il se rendra dans les rues commerçantes pour « *se resaper* » : il ne ressemble plus à rien après ces semaines en cellule. Fanny et Antoine (les deux infirmiers de l'équipe) lui proposent de déjeuner dans un fast-food avant d'aller chercher ses traitements : l'équipe mobile lui fournira son antipsychotique le temps qu'il puisse mettre ses droits à jour auprès de la caisse primaire d'assurance maladie. Mais ça peut attendre, se dit-il, il se sent bien et il entend profiter de cette belle journée de printemps.

30 septembre

Boris s'impatiente sur un banc de la place de la République. Sa sœur l'a mis dehors parce qu'elle le trouvait « *ingérable* ». Il a appelé le portable de l'équipe mobile et a rendez-vous dans un café voisin avec Paloma, psychiatre, et Liv, assistante sociale, pour faire le point : il n'y comprend rien à ces histoires de 115, de délai d'attente, de centre d'hébergement. Il suffirait que « *Barack Obama intervienne* » comme il a promis de le faire et ce serait réglé. Ou au moins qu'il puisse rentrer dans l'appartement qu'il partageait avec sa compagne et son fils. Mais une mesure d'éloignement familial a été prononcée par le juge, craignant une réitération des faits de violences conjugales qui l'ont amené en prison pour cette peine de deux mois. Il aimerait au moins pouvoir récupérer ses vêtements, ses papiers : Liv suggère d'en parler lors de son prochain rendez-vous avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation pour que la demande soit transmise au juge d'application des peines. Quant à Paloma, elle lui répète ce qu'elle lui avait déjà dit lorsqu'ils se sont rencontrés en prison[2] : « *Il faut prendre les traitements !* » Boris n'est pas contre, mais il se dit que l'urgence n'est pas là : il faudrait déjà qu'il sache où dormir ce soir. Quelques coups de fil plus tard, son frère accepte bon gré mal gré de lui payer quelques nuits dans un hôtel Formule 1. Mais à la condition de payer directement l'hôtel pour que Boris n'utilise pas l'argent à d'autres fins, pour s'acheter des baskets neuves, par exemple.

11 octobre

Les deux infirmiers de l'Emot accompagnent Boris à son rendez-vous au service pénitentiaire d'insertion et de probation, chargé de vérifier qu'il respecte bien les conditions de son sursis avec mise à l'épreuve. Depuis l'instant où ils l'ont récupéré dans l'hôtel de fortune où il dort maintenant – après avoir été prié de quitter l'hôtel précédent pour tapage nocturne –, Fanny et Antoine s'échangent des regards inquiets. Boris les regarde à peine, il est plongé dans une conversation exaltée avec son téléphone éteint. Ce n'est pas Barack Obama aujourd'hui, c'est le président du Ghana, son pays d'origine. Boris est en colère, il lui reproche de l'avoir abandonné. Il tape férocement du plat de la main sur la carrosserie de la voiture tandis que Fanny le tire doucement vers l'entrée du bâtiment pour son rendez-vous. Antoine s'éloigne et appelle discrètement le service d'aide médical d'urgence (Samu) pour obtenir son hospitalisation en psychiatrie. Une ambulance arrive bientôt, Boris s'éloigne en direction de l'hôpital de Paumelle.

12 novembre

Boris sort de sa deuxième hospitalisation sans consentement à l'hôpital de Paumelle. Celle-ci a duré cinq jours. La précédente, quatre. À peu de choses près, c'est le même scénario : on l'amène en ambulance depuis les urgences de l'hôpital. Il finit par accepter de prendre un traitement pour ne pas rester enfermé en chambre d'isolement, il dort pendant 24 heures, puis il commence à tourner en rond et à peine a-t-il commencé à se plaindre qu'il se retrouve sur le perron du service, sans solution d'hébergement pour le soir. Il a l'impression que le psychiatre « *s'en fout* », il lui a bien dit qu'il n'était pas son référent, qu'il fallait « *voir ça avec [son] secteur* ». Cette fois encore, il saisit son téléphone, appelle l'équipe mobile qui lui réexplique : « *Il faut appeler le 115*[3], *maintenant vous avez un peu d'ancienneté, ils vont vous aider à trouver un centre d'hébergement !* » Mais il aimerait bien que quelqu'un vienne le chercher, il ne sait pas quoi leur dire aux gens du 115. Un rendez-vous est convenu pour que l'équipe le dépanne pour la suite de son traitement : il n'est toujours affilié à aucune caisse d'assurance maladie[4] et il est hors de question qu'il utilise la petite somme que lui verse son frère pour se payer des traitements qu'il ne trouve pas indispensables.

4 décembre

Le rendez-vous tant attendu par l'équipe mobile arrive enfin. Près de trois mois après sa sortie de prison, Boris rencontre aujourd'hui un psychiatre du centre médico-psychologique (CMP). Paloma et Antoine l'attendent à l'extérieur de la structure : il en sort une bonne heure plus tard, un peu dubitatif. Son psychiatre, le Dr Barbe, lui a proposé de passer à un traitement par injection retard : « *Vous y croyez, vous ? Une piqûre par mois et c'est bon ?* » Les encoura-

1 Le nom de la personne présentée dans ce texte a été pseudonymisé. Les informations susceptibles de l'identifier ont été supprimées ou légèrement modifiées afin de protéger son anonymat. Le portrait de Boris est reconstruit à partir des témoignages des membres de l'Emot qui l'ont accompagné pendant cinq mois.

2 Comme plusieurs des membres de l'Emot, Paloma exerce à mi-temps en milieu pénitentiaire et à mi-temps au sein de l'équipe mobile.

3 Le 115 est un dispositif de veille sociale pour l'accueil et l'orientation des personnes sans abri ou en détresse ayant besoin d'un hébergement d'urgence ou d'un logement adapté. Les places d'hébergement étant largement inférieures à la demande, une liste d'attente mise en place prend en compte l'ancienneté de la demande. L'incarcération n'étant pas considérée comme une période de sans-abrisme, les sortants de prison ne bénéficient d'aucune priorité pour accéder aux places d'hébergement.

4 À la sortie de prison, les personnes libérées quittent le régime d'assurance maladie spécifique auquel ils sont affiliés au cours de leur incarcération et doivent régulariser leurs droits (accès à la sécurité sociale, complémentaire santé solidaire) auprès de leur caisse primaire d'assurance maladie de rattachement. Néanmoins pour les sortants sans hébergement, cette régularisation est compliquée par l'absence d'adresse de domiciliation.



gements de la psychiatre et de l'infirmier semblent le rassurer. Il essaiera. Pour l'heure, il est temps de rejoindre le centre d'hébergement des Lys où il a enfin une chambre. Elle est petite, elle est sombre, elle donne presque sur l'autoroute, mais il s'y sent bien. Bien mieux en tout cas qu'à la rue, où il a passé trois nuits au mois d'octobre.

10 janvier

Boris sirote un diabolo menthe à la terrasse du café des Anges. Fanny et Liv s'installent à sa table : il a bonne mine, un grand sourire, des lunettes de soleil sur la tête malgré le temps gris. Elles lui ont donné rendez-vous pour prendre de ses nouvelles. Il se sent bien, il est étonné de ne pas être plus « *cassé* » après l'injection qu'il a reçu le matin même. Il commence à parler de projets : il aimerait pouvoir revoir son fils un peu plus souvent, peut-être trouver une colocation, peut-être passer voir sa famille au Ghana. Mais en attendant, il y a plus important : la coupe d'Afrique des Nations vient de débuter, le Ghana joue ce soir contre le Maroc. C'est une petite équipe de foot mais « *qui n'espère rien n'a rien* », explique Boris.

12 mars

Quartier arrivant de la prison de Marlin. Paloma a identifié le nom de Boris sur la liste des personnes récemment incarcérées. Elle le reçoit pour un entretien arrivant et comprend qu'il a été incarcéré pour non-respect de la mesure d'éloignement : son sursis avec mise à l'épreuve a été révoqué et il débute une deuxième peine de deux mois. Son récit est confus, aux délibérations complexes avec ses interlocuteurs imaginaires se mêlent des considérations sur le rôle de père de famille. Boris est tellement emporté par ce dialogue interne qu'il ne semble pas tout à fait conscient de se trouver dans un établissement pénitentiaire. Paloma suppose qu'il n'a pas poursuivi les injections retard. Elle se demande combien de temps Boris « tiendra » dans le bâtiment de détention classique, à quel moment ses comportements débordants finiront par excéder ses codétenus et les surveillants d'étage. Elle se doute qu'il faudra bientôt l'envoyer à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)[5] d'Herbin qui accueille les personnes détenues. Elle recommande aux infirmières qui assurent la distribution des traitements de « *le surveiller comme le lait sur le feu* ».

L'équipe mobile transitionnelle (Emot)

L'Emot est un dispositif de soins psychiatriques ambulatoires dédié aux personnes avec des troubles psychiatriques sévères et sortant de prison. La première Emot a débuté son activité à Lille à l'automne 2020. Toulouse (2021) et Aix-en-Provence (2022) disposent désormais d'une équipe mobile sur le même modèle. La durée de prise en charge par l'Emot après la libération est initialement fixée à deux mois mais elle peut être renouvelée, pour une période maximale de six mois. Les équipes accompagnent en priorité des personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères (trouble psychotique, trouble bipolaire), souvent en association avec des consommations de substances psychoactives (cannabis, héroïne, crack…), cette association étant fréquente en milieu pénitentiaire. Les questions d'accès aux droits sociaux représentent une part importante du travail de l'Emot, mais la mission principale de ce dispositif d'interstice consiste à fluidifier le lien entre les structures psychiatriques intra et extra-carcérales. Le relais de soin au CMP est cependant compliqué par l'allongement des délais de rendez-vous et la sectorisation géographique. Le délai médian de premier contact dépasse 21 jours (plusieurs mois en ce qui concerne le rendez-vous avec un psychiatre) et certains CMP restent réticents à accueillir des personnes sortant de prison.

5 L'unité hospitalière spécialement aménagée est une unité de psychiatrie qui prend en charge des personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète. Il en existe 9 (440 lits) sur le territoire métropolitain pour l'ensemble de la population carcérale (76 766 personnes au 1er mars 2024). Trois unités supplémentaires vont ouvrir dans les prochaines années.

À LIRE…

Fovet, T., Scouflaire, T., Belet, B., Demeulemeester, E. et Thomas, P. (2023). L'équipe mobile transitionnelle, des soins psychiatriques en sortie de prison. *Soins Psychiatrie*, *44*, 36-40 ;

Fovet, T., Eck, M. et Bouchard, J.-P. (2023). De quels troubles psychiatriques souffrent les personnes détenues en France ?, *Les Annales Médico-Psychologiques*, *180*(9), 970-77 ;

Fovet, T., Lamer, A., Teston, R., Scouflaire, T., Thomas, P., Horn, M. et Amad, A. (2021). Access to a scheduled psychiatric community consultation for prisoners with mood disorders during the immediate post-release period. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100088 ;

Lancelevée, C., Fovet, T. (2024). *La prison pour asile ? Enquête sur la santé mentale en milieu carcéral*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme.



Artiste du numéro

SLip

Ses collages aux couleurs pastel attirent l'œil. C'est en s'approchant de plus près que l'on réalise que leur intérêt dépasse celui de l'esthétique et que bien des messages s'y cachent. SLip ironise (à la lecture de son blaze, nous aurions dû nous en douter) le monde et ses actualités avec une douceur sarcastique qui lui est propre et nous arrache des sourires entendus. Celui qui se présente sur les réseaux sous l'apparence de son personnage fétiche – un lion nommé Léon Grellutch qui lui vaut de voir son travail disponible dans le store du Guggenheim Museum Store de New-York – dénonce sans en avoir l'air une société parfois sans queue ni tête.

Œuvres publiées dans ce numéro *Rhizome* :
Guider, grandir (couverture), Autruche (p. 2), *Le sens de la vie* (p. 3), *Retour des affaires* (p. 4), *Peur du changement* (p. 6), *Couper le cordon* (p. 9), *Journée difficile* (p. 15) *Différent* (p. 16), *Passer sous les radars* (p. 19), *Mon ami imaginaire* (p. 20).

iamslip.com
hey@iamslip.com
Instagram : @iamslip

RÉSUMÉ DU NUMÉRO

 # 87

Parcours de vie, de soin, référent parcours, *case manager*… La notion de parcours est devenue centrale dans les politiques publiques de l'action sociale et sanitaire. Ce numéro *Rhizome* discute ce concept, ses soubassements théoriques et ses répercussions pratiques.
Sa lecture met en lumière un défi majeur : mieux prendre en considération le vécu des personnes concernées par l'accompagnement ou le soin, sans pour autant assigner et administrer des types de parcours au risque de participer, sans le vouloir, à l'exercice de la domination ou de l'assujettissement.

***Rhizome* est un bulletin national trimestriel édité par l'Orspere-Samdarra avec le soutien de la délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement.**

Directeur de publication :
Nicolas CHAMBON

Directrices adjointes de publication :
Gwen LE GOFF,
Directrice adjointe
Orspere-Samdarra (Lyon)
Élodie PICOLET,
Psychologue, LPN, Université Paris 8, Orspere-Samdarra (Lyon)

Assistante de rédaction :
Natacha CARBONEL

Comité de rédaction :
Jean-Marie ANDRÉ,
Professeur, EHESP (Rennes)
Marianne AUFFRET,
Vice-présidente de l'association ESPT (Paris)
Arnaud BÉAL,
Psychologue, Maître de conférences à l'EPP (Lyon)
Lotfi BECHELLAOUI,
Pair-aidant en santé mentale, CN2R (Lille)
Pascale ESTECAHANDY,
Médecin, Dihal (Paris)
Vanessa ÉVRARD,
Pair-aidante professionnelle, Espair (Lyon)
Benoît EYRAUD,
Sociologue,
Centre Max-Weber (Lyon)
Morgan FAHMI,
Psychiatre,
Orspere-Samdarra (Lyon)
Jean-François KRZYZANIAK,
Patient-expert (Angers)
Émilie LABEYRIE,
Psychologue,
équipe Marss (Marseille)
Camille LANCELEVÉE,
sociologue, Université de Strasbourg (Strasbourg)
Christian LAVAL,
Sociologue (Lyon)
Antoine LAZARUS,
Président de l'OIP et professeur de santé publique (Paris)
Philippe LE FERRAND,
Psychiatre (Rennes)
Fidèle MABANZA,
Poète, formé à la philosophie (Villefontaine)
Alain MERCUEL,
Psychiatre,
CH Sainte-Anne (Paris)
Éric MESSENS,
Directeur de l'association Terres rouges (Bruxelles)
Bertrand RAVON,
Professeur de sociologie,
Centre Max-Weber (Lyon)
Serena TALLARICO,
Anthropologue, docteure en psychologie,
Orspere-Samdarra (Lyon)
Nadia TOUHAMI,
Autrice (Marseille)
Stéphanie VANDENTORREN,
Santé publique France (Paris)
Nicolas VELUT,
Psychiatre (Toulouse)
Halima ZEROUG-VIAL,
Psychiatre, directrice
Orspere-Samdarra (Lyon)

Contact rédaction :
Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier
95 bvd Pinel 69678 BRON CEDEX
04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr
orspere-samdarra.com

Relecture : Sidonie HAN
Réalisation : Hélène BERTHOLIER
Direction artistique : Manoël VERDIEL
Imprimerie Courand & associés
82 Route de Crémieu 38 230 TIGNIEU-JAMEYZIEU
Dépôt légal : juillet 2023
ISSN : 1622 2032
N° CPPAP : 0910B05589
Tirage : 5 000 exemplaires

Abonnement sur le site de l'Orspere-Samdarra

LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE LYON MÉTROPOLE

ORSPERE SAMDARRA
Observatoire Santé mentale Vulnérabilités et Sociétés

L'Orspere-Samdarra, observatoire national « Santé mentale, vulnérabilités et sociétés », est dirigé par Halima Zeroug-Vial et est composé d'une équipe pluridisciplinaire.

L'Observatoire est organisé en de 3 pôles : recherche, ressource et édition. Il porte les diplômes universitaires « Santé, société et migration », « Dialogues - Médiation, interprétariat et migration » et « Logement d'abord ».

En complément des revues *Rhizome*, découvrez les ouvrages publiés par les éditions les Presses de Rhizome et commandez-les sur la plateforme Cairn.info.