



HAL
open science

”Qu’est-ce qu’on va devenir?” : Négociations des parcours de vie de jeunes confrontés à des troubles psychiques au moment du passage à l’âge adulte

Alice Brochard

► To cite this version:

Alice Brochard. ”Qu’est-ce qu’on va devenir?” : Négociations des parcours de vie de jeunes confrontés à des troubles psychiques au moment du passage à l’âge adulte. Sociologie. Université de Rennes, 2021. Français. NNT : 2021REN1G006 . tel-03618785

HAL Id: tel-03618785

<https://theses.hal.science/tel-03618785>

Submitted on 24 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITE DE RENNES 1

ECOLE DOCTORALE N° 604
Sociétés, Temps, Territoires
Spécialité : « *Sociologie* »

Alice BROCHARD

« **Qu'est-ce qu'on va devenir ?** »

Négociations des parcours de vie de jeunes confrontés à des troubles psychiques au moment du passage à l'âge adulte.

Thèse présentée et soutenue à Rennes, le 26 janvier 2021
Unité de recherche: ARENES

Rapporteurs avant soutenance :

Ingrid VOLERY Professeure des universités, Université de Lorraine, Nancy
Florence WEBER Professeure des universités, Ecole Normale Supérieure, Paris

Composition du Jury :

Examineurs : Isabelle COUTANT	Chargée de recherche HDR - CNRS, EHES
Jean-Sébastien EIDELIMAN	Maître de conférences, Université Paris-Descartes
Delphine MOREAU	Maîtresse de conférences, EHESP Rennes
Ingrid VOLERY	Professeure des universités, Université de Lorraine
Florence WEBER	Professeure des universités, Ecole Normale Supérieure
Dir. de thèse : Claude MARTIN	Directeur de recherche - CNRS, Arènes UMR 6051

Remerciements

Pour commencer, merci aux jeunes rencontrés pendant cette thèse, qui ont accepté de me raconter une partie de leur vie. Ces échanges et les moments que nous avons passés ensemble m'ont beaucoup émue. J'espère de tout cœur que la suite de votre parcours est heureuse. Merci également aux parents et aux professionnels, qui m'ont accueillie avec beaucoup de sympathie, d'intérêt et ont partagé avec moi leurs histoires, expériences et engagements. Je reste également touchée par nos échanges. J'espère que ce travail vous intéressera, cela serait ma plus belle récompense.

Je souhaite remercier et exprimer toute ma gratitude à mon Directeur de thèse, Claude Martin pour sa grande disponibilité durant toutes ces années, son empathie et ses réflexions qui ont tant de fois éclairées mes pensées. Sa présence et en même temps la grande liberté qu'il m'a accordée dans le cheminement de la construction de mes idées m'ont beaucoup apporté.

Merci à Céline Rothé, auprès de qui j'ai travaillé et tant appris pendant six ans, que ce soit sur le terrain ou lors des phases d'analyse et de rédaction. Je mesure la chance que j'ai eu de travailler avec Céline, ses conseils et relectures, sa patience et son soutien jusque dans les dernières phases de rédaction, m'ont été d'une aide inestimable. Pour tout cela et pour son amitié, merci.

Merci aux membres du jury de soutenance : Isabelle Coutant, Jean-Sébastien Eideliman, Delphine Moreau, Ingrid Voléry et Florence Weber. Je suis honorée et heureuse de pouvoir discuter de ce travail avec vous.

Merci aux membres de mon comité de suivi individuel de thèse pour leur bienveillance, leurs retours et regards éclairants sur mon travail : Pauline Blum, Delphine Moreau, Céline Rothé et Pascale Roussel.

J'ai eu l'occasion de présenter mes recherches dans des collectifs que je tiens à remercier ici car ces échanges ont nourri mon travail : le collectif de recherche sur le handicap, l'Autonomie et Société Inclusive (CORHASI) ; le séminaire des doctorants du laboratoire Arènes, l'équipe politiques sociales et de santé. Inégalités et populations ; le réseau doctoral de l'EHESP.

Je remercie également les membres de mon laboratoire, Arènes et plus particulièrement les organisateurs et organisatrices du séminaire doctorant et les responsables de chantiers, axes et séminaires, pour la richesse des échanges qu'ils animent, les liens que cela créé. Un grand merci également à Marylène Bercegeay pour son soutien.

Merci à l'Iresp et à la région Bretagne, grâce à qui trois années de cette thèse ont été financées. Au cours de cette thèse, j'ai eu la chance de participer à plusieurs collectifs de recherche. Merci à toute l'équipe du projet « HanPsyJe » : Arnaud Campéon, Lila Le Trividic, Claude Martin, Virginie Muniglia et Céline Rothé. Travailler avec vous était à la fois très enrichissant et joyeux. Merci également à toute l'équipe du projet FIPHFP/EHESP : Jean-Marie André, Hervé Henry, Marie-Renée Guével, Fanny Jaffrès, Kerri-Anne Pierre, Céline Rothé et Béatrice Valdès. Merci pour votre accueil dans l'équipe et votre amitié.

Merci à l'EHESP et à Jean-Marie André, directeur du département Sciences Humaines et Sociales durant ma thèse qui m'a permis d'avoir de si bonnes conditions pour réaliser ce travail, que ce soit d'un point de vue matériel comme humain. Merci également à Régine Maffei et Kerri-Anne Pierre dont le soutien et l'amitié m'ont été très précieux.

Merci à Hervé Henry, mon camarade de bureau et ami. Nous avons partagé de nombreuses discussions sur nos recherches respectives, les peines de la vie de doctorant, mais surtout beaucoup de joie et de rires. Pour tout cela, merci.

Merci à toutes les personnes du département sciences humaines et sociales de l'EHESP. C'était un bonheur que de vous avoir comme collègues : Alis, Anaïs, Arnaud, Béatrice, Blanche, Caroline, Céline, Christophe, Eric, Emeline, Dadan, Delphine, Fanny, François, Françoise, François-Xavier, Frédérique, Guilhem, Karine, Lila, Marie, Marie-Renée, Patricia, Simon, Stéphanie, Valérie, Virginie et j'oublie probablement certains d'entre vous veuillez m'en excuser. Merci particulièrement à « l'équipe de la tisanière » pour les rires, les discussions, en bref la convivialité et le soutien.

Un merci un peu particulier, pour Madame Antoine, ma passionnante enseignante de SES au lycée, grâce à qui j'ai découvert la sociologie.

Merci à mes ami.e.s, au cercle du lycée et de la fac, et au Rennes social club (vous vous reconnaitrez), pour leur soutien et les sorties qui m'ont aidé à ne pas penser qu'à la thèse ces dernières années.

Merci à ma belle-famille et à mes oncles et tantes, cousins, cousines, pour leur soutien et leurs encouragements. Un merci particulier pour ma tante Rosie qui en plus de m'apporter beaucoup d'amour a souvent été une relectrice de mes travaux universitaires.

Merci à ma famille d'avoir toujours cru en ma capacité à aller jusqu'au bout de ce travail de thèse. Je ne sais comment exprimer toute ma gratitude tant votre amour et votre indéfectible soutien m'ont aidé. Merci à mon père et à mon beau-frère pour le bureau qu'ils m'ont fabriqué par surprise,

spécialement pour mon entrée en doctorat. Merci à ma mère et à ma sœur pour les relectures de ce manuscrit et à mon frère pour les lectures partagées.

Pour terminer, Hugues et Roxane, mes amours, mon équipe, merci infiniment pour tout ce que vous m'apportez au quotidien et votre soutien sans faille.

Table des matières

Remerciements	3
Introduction.....	13
1. Les enjeux sociaux des troubles psychiques au moment du passage à l'âge adulte	13
1.1 Lou	13
1.2 Du problème psychique au problème social, quels parcours ?.....	17
1.2.1 Parcours de santé et circulation entre les prises en charge.....	17
1.2.2 La négociation des inscriptions dans les sphères normées de socialisation.....	27
2. Construction de l'objet et de la démarche empirique	35
2.1 Les bifurcations dans les parcours d'insertion des jeunes	37
2.1.1 Parcours, événement et bifurcation.....	37
2.1.2 Les entretiens biographiques, une approche compréhensive	40
2.1.3 Analyser les ingrédients du cheminement.....	43
2.2 Méthodologie de l'enquête.....	47
2.2.1 Une approche locale.....	47
2.2.2 Circulation sur les terrains.....	49
2.3 Enjeux éthiques	53
2.3.1 Anonymat et confidentialité.....	53
2.3.2 Impact du travail de recherche et de sa restitution	54
2.3.3 L'enjeu d'impartialité	55
2.3.4 Positionnement de la chercheuse sur les terrains	56
3. Plan de la thèse	60
Partie 1 : Les enjeux du passage à l'âge adulte avec des troubles psychiques	63
Chapitre 1 : Parcours de jeunesse : normes, encadrement politique et cheminements personnels .	65
1. Les épreuves sociales de la jeunesse.....	66
1.1 Le poids de la scolarité et du diplôme.....	68
1.2 L'insertion dans l'emploi	69
1.3 Trajectoires résidentielles	71
1.4 Mise en couple et parentalité	72
2. L'encadrement politique de la jeunesse	73
2.1 L'état providence à la Française et l'injonction au placement social.....	74
2.2 Les jeunes comme objet de l'action publique.....	77
3. La singularisation des parcours	81
3.1 Les injonctions à l'autonomie et à l'indépendance.....	82
3.2 Les risques de déviations sociale et existentielle.....	83
Conclusion	85

Chapitre 2 : Troubles psychiques, de la qualification à l'institutionnalisation, quels parcours ?	87
1. La qualification des troubles psychiques, la part du social	89
1.1 Variabilité dans le temps et l'espace.....	89
1.2 Milieux de vie et souffrance	92
1.3 Rapport à la norme.....	93
2. Les troubles psychiques et leurs impacts, quelles prises en charge institutionnelles ?	95
2.1 De la psychiatrie à la santé mentale.....	96
2.2 Le poids des troubles sur la vie sociale : le handicap psychique.....	102
2.3 Représentations des personnes avec des troubles psychiques, des tensions éthico-politiques	106
3. Parcours de personnes psychiatisées	110
3.1 Coordination, parcours et projet de vie, enjeux de santé publique	110
3.2 La circulation entre les prises en charge	113
Conclusion	117
Partie 2 : Les processus de qualification des troubles et du handicap psychique	119
Chapitre 3 : Troubles psychiques, l'amorce des parcours.....	123
1. Qualifications des troubles.....	124
1.1 Les manifestations des troubles.....	125
1.2 Les acteurs et enjeux sociaux de la qualification des troubles	133
1.2.1 Les jeunes et leurs proches	133
1.2.2 Les professionnels des sphères de socialisation de la jeunesse.....	137
1.3 Les registres interprétatifs des troubles.....	141
1.3.1 Les pathologies psychiatriques.....	141
1.3.2 L'environnement social	142
1.3.3 Des troubles sociaux contemporains	144
2. Entrées dans le soin et négociations des parcours	146
2.1 La perception des risques comme déterminant du soin.....	147
2.1.1 Le risque vital.....	147
2.1.2 Le risque pour le statut social	149
2.1.3 Le risque pour l'ordre social et institutionnel	150
2.1.4 Le risque lié à l'environnement social	151
2.2 Les lieux de soin, recours et impacts sur les parcours	154
2.2.1 L'hospitalisation comme entrée dans le soin.....	154
2.2.2 Le suivi en psychiatrie publique	155
2.2.3 Le recours à la psychiatrie libérale	158
2.3 Les jeunes et leurs familles dans la négociation des parcours.....	160

2.3.1 Les jeunes	161
2.3.2 Les parents	162
Conclusion	168
Chapitre 4 : La construction du handicap psychique	171
1. Reconnaissance institutionnelle d'un handicap psychique : Offres, évaluations et réceptions .	173
1.1 L'évaluation des demandes.....	175
1.2 Quelles offres et quelles demandes ?	182
1.2.1 Dispositifs relatifs à la scolarité	182
1.2.2 Allocations	185
1.2.3 La Prestation de Compensation du Handicap	188
1.2.4 Dispositifs relatifs à l'emploi	189
1.2.5 Dispositifs relatifs au logement	191
1.2.6 Dispositifs d'aide à la vie quotidienne.....	193
1.3 Les temps de la reconnaissance institutionnelle.....	193
1.3.1 Déposer un dossier, le temps de la négociation	194
1.3.2 Le temps de l'évaluation institutionnelle des demandes.....	200
1.3.3 Le temps de l'accès aux dispositifs.....	201
2 Les temporalités et les portes d'entrée dans le handicap institutionnalisé	202
2.1 Des entrées par le scolaire	203
2.2 Des entrées par les revenus	209
2.3 Des entrées par l'insertion dans l'emploi.....	213
2.4 Des entrées par le somatique.....	217
Conclusion	221
Partie 3 : La négociation des normes occupationnelles de la jeunesse	225
Chapitre 5 : La négociation de la scolarité	227
1. Etre scolarisé avec des troubles psychiques, quels aménagements, quelles offres ?	229
1.1 Des offres dans le champ du handicap.....	230
1.2 Les adaptations de la scolarité dans les milieux de vie « ordinaires »	238
1.2.1 Le Projet d'Accueil Individualisé.....	238
1.2.2 Le CNED	243
1.2.3 Le SAPAD	246
1.3 La scolarité en milieu hospitalier.....	249
2. Quels aménagements de la scolarité ? Etude du service de scolarité d'une clinique	258
2.1 La classe d'immersion, des aménagements allant du travail sur l'estime de soi à l'évaluation des compétences d'élève	259
2.2 Enseignants ou « ensoignants » : ambiguïté des postures professionnelles	264

2.3 La réception du dispositif par les jeunes	271
2.3.1 Responsabilité et troubles psychiques	271
2.3.2 Entre confiance et compliance	276
Conclusion	280
Chapitre 6 : L'insertion dans l'emploi.....	285
1. Les dispositifs publics d'insertion dans l'emploi, principes d'action et modes de régulation	288
1.1. Dans le champ du handicap	289
1.1.1 Cap emploi.....	289
1.1.2 Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS).....	291
1.1.3 Des associations spécialisées	295
1.2 Des associations à l'interstice des secteurs de l'action publique.....	306
1.2.1 Des associations nées de projets locaux, alternatives aux normes occupationnelles des politiques publiques	307
1.2.2 Des associations aux missions contractualisées avec la région	314
1.3 Des structures de droit commun.....	316
1.3.1 La Garantie jeune	319
2. Accompagner vers l'insertion dans l'emploi des jeunes avec des troubles psychiques, étude d'une mission locale	322
2.1 Des troubles qui bousculent les pratiques professionnelles.....	322
2.2 Des postures distinctes face à la qualification des troubles	327
2.3 Approche globale ou par l'activation	331
Conclusion	336
Chapitre 7 : Rapports aux normes occupationnelles par les jeunes : entre adhésion, négociation et réappropriation	339
1. Le sens de la scolarité.....	341
1.1 Ecole et reconnaissance	341
1.1.1 Scolarité et scansion biographique, « C'est comme un disque rayé ».....	342
1.1.2 Obtenir son diplôme, « le baume qui allait soigner mes plaies »	343
1.1.3 Rester un apprenant, « au moins, ça va m'enrichir »	344
1.1.4 Socialisation et inclusion, « qu'elle ne perde pas pied ».....	345
1.2 La perte de sens, « je me suis sentie différente »	346
1.2 Ecole et placement social	348
1.2.1 Les attentes familiales	348
1.2.2 Investissement social.....	350
1.2.3 Ceux pour qui l'école n'est pas un horizon	351
2. Quels rapports à la norme de l'insertion dans l'emploi ?	353
2.1 Un rapport orthodoxe à la norme de l'insertion par l'emploi.....	354

2.1.1 « J'aimerais bien trouver quelque chose pour m'occuper »	355
2.1.2 « C'est bon, je vais rencontrer des gens ».....	356
2.1.3 « Pour tenir debout et être quelqu'un dans la société »	357
2.2 La négociation des aspirations professionnelles.....	359
2.2.1 « Ça ne vend pas du rêve ».....	359
2.2.2 « Est-ce que c'est une bonne chose que d'aller chercher du boulot au McDo ? ».....	362
2.2.3 « Ils ont essayé maintes et maintes fois : « non ! Valide un autre projet » »	364
2.3 Une mise à l'écart de la norme de l'insertion professionnelle	365
2.3.1 « On peut aussi trouver une place autre que l'emploi ».....	365
2.3.2 « Qu'est-ce qu'on va devenir ? ».....	368
Conclusion	371
Conclusion générale	373
Bibliographie.....	387
Annexes	401
Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées.....	403
Jeunes.....	403
Parents.....	404
Professionnels	404
• Champs scolaire.....	404
• Champ sanitaire.....	405
• Champ de l'insertion sociale et professionnelle	405
• Autres	406
Annexe 2 : Liste des sigles	407

Introduction

1. Les enjeux sociaux des troubles psychiques au moment du passage à l'âge adulte

Lou est la première jeune que nous avons rencontrée dans le cadre de cette recherche. Ce qu'elle nous a généreusement livré de son vécu est d'une grande richesse et va marquer considérablement la construction de notre objet de recherche. En effet, si nous nous posions jusque-là de nombreuses questions, à partir de nos lectures et d'entretiens exploratoires avec des professionnels, ce récit de Lou est venu les incarner. La restitution de sa trajectoire permet de soulever une série de questions qui, de manière particulièrement synthétique, ont guidé cette thèse et illustre bien la façon dont nous avons analysé les parcours des jeunes rencontrés et ceux dont les professionnels nous ont parlé.

1.1 Lou¹

Lou a 23 ans. Elle est étudiante en art plastique en 2^{ème} année à l'université. Ses parents sont cadres. Elle a un petit frère, également étudiant. Elle habite avec ses parents et son frère à Villerose².

Lou a grandi dans un petit village en milieu rural. Elle est passionnée de dessin et se rend à des cours et activités artistiques plusieurs fois par semaine. Lou évoque brièvement une enfance en milieu rural, rythmée par la scolarité, l'art et les transports. Elle parle de son amour pour le travail scolaire et de la facilité avec laquelle elle obtient son brevet « avec une mention très bien ».

Puis, elle raconte une période charnière de sa vie, marquée par la mort et la maladie. Deux grands parents de Lou décèdent et un cancer est diagnostiqué à sa mère. Ces événements s'enchaînent alors qu'elle est en classe de première. Elle a peu d'amis et se replie sur elle-même. Elle ne veut plus aller au lycée. Aller en cours n'a plus de sens pour Lou. Elle préfère rester auprès de sa mère tant le travail scolaire lui paraît dérisoire face à la mort et à la maladie de ses proches. La relation avec son père

¹ Le parcours de Lou est présenté selon son point de vue, à partir des éléments qu'elle nous a donnés en entretien.

² Villerose est le nom donné à la ville où nous avons réalisé les enquêtes de terrain. Des précisions sur les caractéristiques sociodémographiques de Villerose sont données dans la deuxième partie de cette introduction.

devient conflictuelle. L'art est le seul refuge de Lou, mais elle est dépendante de ses parents pour les transports.

Lou ne se sent pas du tout soutenue par ses enseignants, qui ne sont pas informés de ses problèmes familiaux et jugent son comportement comme celui d'une adolescente impertinente et en crise. Ses mauvaises notes sont perçues comme le résultat d'un manque d'investissement dans son travail et non comme le signe d'une souffrance psychique. Lou va régulièrement à l'infirmerie du lycée mais s'y confie peu. L'infirmière lui conseille de se rendre à la Maison Des Adolescents (MDA)³. Elle y prend rendez-vous et s'engage dans un suivi, une fois par semaine pendant plusieurs mois. Elle rencontre un professionnel⁴ avec qui elle parle. Puis d'un commun accord, le professionnel et elle, décident d'arrêter l'accompagnement.

Alors que Lou était une bonne élève, ses notes continuent de chuter. Elle passe malgré tout en terminale. Quelques mois après la rentrée, Lou part en voyage avec ses parents. Un soir, elle a des hallucinations et fugue de l'appartement où elle loge avec sa famille. Les pompiers et la police sont appelés par des commerçants alertés par sa conduite étrange. Les pompiers proposent une prise en charge hospitalière, mais acceptent que ses parents veillent sur elle à domicile.

Suite à cet événement, un nouveau suivi est engagé à la maison des adolescents, avec un psychiatre cette fois. Ce dernier lui prescrit un traitement. Il ne communique pas de diagnostic, mais Lou sait que ces médicaments sont donnés pour des troubles bipolaires (elle le lit sur la notice). Elle préfère utiliser au cours de l'entretien le terme de troubles de l'humeur pour qualifier ce à quoi elle est confrontée. L'un des nouveaux médicaments de Lou a des effets secondaires sur son poids. Elle prend vingt kilos en trois mois, sans observer d'impact positif de ce nouveau médicament. Lou souffre beaucoup de sa nouvelle apparence et de ses répercussions sur ses capacités physiques. Son estime et sa confiance en elle se dégradent fortement. Elle voit dans la notice que la prise de poids est un effet secondaire de ce médicament et décide d'arrêter de le prendre. Elle ne discute pas cette décision avec son psychiatre qui ne la questionne pas non plus à ce sujet. Au cours de son suivi à la MDA, Lou change plusieurs fois de médecin.

À la même période, Lou se blesse à la main et pendant plusieurs mois ne peut plus pratiquer le dessin, sa principale soupape de décompression. Elle a ce qu'elle appelle des « crises » : des périodes de vide intérieur, au cours desquelles elle est incapable de réaliser sans sollicitation le moindre acte de la vie quotidienne, se sent comme inconsciente. Plusieurs « crises » ont lieu autour et pendant la

³ La Maison des Adolescents est un dispositif d'accueil et d'information, de prévention de la santé. Elle s'adresse aux adolescents, à leurs familles et aux professionnels qui les accompagnent. La MDA est une structure associative, présente sur l'ensemble du territoire français, à l'échelle départementale.

⁴ Lou n'est pas en mesure de nous préciser la profession exacte de cet interlocuteur.

période du bac. Elle a aussi des crises d'angoisse. Ces crises sont d'après elle le résultat de son stress immense, provoqué par ses difficultés à répondre aux attendus scolaires. Lou dit ne pas entrer dans le profil d'une élève. Elle dit se sentir handicapée, non pas du fait de ce qu'elle est, mais à cause du fonctionnement de l'école.

Alors que Lou et ses proches pensaient qu'elle aurait son bac sans difficulté, elle ne réussit pas ses épreuves. C'est un choc pour elle, qui redouble sa terminale. Sa perception de l'école change au cours de cette période : elle s'investit à nouveau dans le travail scolaire, avec une volonté très forte d'obtenir son bac.

Pendant cette nouvelle année, Lou stabilise son traitement. Elle essaye de perdre du poids, de se refaire des amis et de retrouver son niveau artistique suite à sa blessure. Elle trouve une voie professionnelle en rapport avec l'art et s'inscrit dans une préparation payante qu'elle suit en parallèle de ses cours. Mais cette formation l'épuise et elle décide de l'arrêter. En plus de son sentiment d'échec, Lou doit gérer le stigmate de ses troubles de santé psychique : elle doit fournir un certificat médical justifiant de son incapacité à poursuivre la formation. Elle s'oriente dans un premier temps vers son psychiatre pour obtenir ce certificat, mais Lou ne souhaite pas que ses formateurs voient l'entête de la MDA, car cela révélerait la nature de ses difficultés. Elle sollicite donc son médecin généraliste pour réaliser un certificat médical.

Lou échoue à nouveau aux épreuves du bac. Sa mère obtient une mutation dans un nouveau département, et s'installe pendant l'été avec ses deux enfants à Villerose. L'inscription de Lou dans un nouvel établissement est compliquée. Non seulement cette inscription est tardive, mais il s'agit d'un deuxième redoublement. Sa mère lui demande si elle souhaite se réinscrire et si oui, lui propose de suivre sa scolarité via le CNED. Lou accepte.

Cette année scolaire est très difficile. Elle n'arrive pas à suivre les cours à distance du CNED. Elle occupe ses journées en regardant la télévision. Ses seules sorties sont pour aller dans une association où elle prend des cours de dessin. Lou est en dépression et n'a plus de suivi psychiatrique ni psychologique suite à son déménagement. Elle a toujours une prescription médicamenteuse du médecin généraliste de sa ville d'origine, mais ne le voit pas régulièrement.

Lou passe une troisième fois les épreuves du bac à la fin de l'année scolaire mais ne l'obtient pas.

Un jour, sur les conseils de sa mère, elle regarde un documentaire qui présente un service de scolarité dans une clinique, dédié aux jeunes avec des problèmes de santé, dont des troubles psychiques. Quelques jours plus tard, elle se rend dans un service d'information et d'orientation (CIO) de Villerose. La conseillère qu'elle rencontre au CIO lui explique qu'il est compliqué de s'inscrire en cours de scolarité dans un lycée à Villerose. Elle cherche alors des solutions en dehors de la ville puis, sans savoir que Lou

a déjà été suivi par un psychiatre, évoque le service de scolarité de la clinique, mais précise que l'inscription dans cet établissement est conditionnée à un suivi psychiatrique. Il s'avère que la conseillère qu'elle a rencontrée dans ce CIO du centre de Villerose est aussi la conseillère d'orientation du service de scolarité en psychiatrie.

Suite au visionnage du documentaire et à son entretien au CIO, Lou prend contact avec le service de scolarité. Elle est très motivée pour entrer dans cet établissement, qui lui apparaît comme sa dernière chance pour obtenir le bac. Lou appelle le secrétariat du service à plusieurs reprises, jusqu'à obtenir un rendez-vous avec la direction. Il lui est difficile d'obtenir un rendez-vous, car elle n'est pas orientée par un psychiatre vers le service.

Lors de son premier rendez-vous, la direction refuse d'inscrire Lou car elle n'a pas de suivi psychiatrique en cours. Mais la jeune femme insiste et se montre extrêmement motivée. Elle effectue un deuxième entretien avec la direction qui accepte son inscription, à la condition que l'unité de psychiatrie de l'établissement veuille bien la suivre. Après un entretien avec les soignants en psychiatrie, Lou est acceptée dans les deux services, soin et scolarité. Ces entretiens ont lieu au début de l'année scolaire. Lou intègre un nouveau groupe d'élève qui fait sa rentrée à l'automne suivant.

Après quelques semaines dans l'établissement et des discussions avec ses enseignants, Lou se réoriente dans une nouvelle filière, générale toujours. La scolarité dans cet établissement est organisée avec des aménagements pour prendre en compte l'impact des troubles psychiques. Par exemple, les élèves sont très peu nombreux par classe, ou encore ont un enseignant référent qu'ils rencontrent toutes les semaines. Dans ce cadre, Lou s'investit beaucoup dans sa scolarité et reprend espoir d'obtenir son bac. Elle dit ne plus se sentir handicapée dans sa scolarité. Lou passe les épreuves du bac qui lui manquent, puis des épreuves de rattrapage en septembre et obtient son diplôme.

Lou s'inscrit en septembre à l'université dans une filière artistique. Son inscription est compliquée, car elle doit encore passer des épreuves du bac en parallèle. Elle rencontre à de nombreuses reprises l'administration de l'université ainsi que la direction de la filière. Finalement, son inscription est acceptée. Elle passe ses dernières épreuves du bac et enchaîne avec sa rentrée universitaire, sans avoir encore ses résultats d'examen.

Lou est accompagnée en parallèle par les services de scolarité et de psychiatrie de la clinique qui disposent tous les deux d'un dispositif spécifique pour les étudiants et anciens lycéens de la structure en étude. Elle a toujours un suivi psychologique et psychiatrique par ce biais. Elle a également un suivi par un médecin généraliste de Villerose.

A son arrivée à l'université, Lou a besoin d'un temps pour s'habituer au changement, surtout concernant les effectifs d'étudiants. Elle passe en effet d'une structure avec très peu d'élèves et des

relations de proximité entre enseignants et jeunes, à une très grande université. Mais elle s'habitue progressivement.

Lou est passionnée par ses études d'art. Elle obtient sa première année. Au moment de notre rencontre, elle est en deuxième année et veut poursuivre en licence, mais ne peut pas encore se projeter au-delà. Elle est très heureuse d'avoir repris une scolarité et de la réussir sans plus d'embûches que ses camarades. Sa mère l'incite à poursuivre jusqu'au master ou au doctorat à l'université. Elle s'est fait de nouveaux amis et a confié à certains d'entre eux ses difficultés scolaires et de santé, un jour où on lui demandait son âge (elle souhaitait expliquer l'écart entre son âge et son niveau d'étude). Elle a au départ très peur d'être jugée ou que le comportement de ses amis change, mais ses craintes s'estompent rapidement. Si Lou a des difficultés à se projeter dans l'avenir sur plusieurs années, elle apprécie sa vie d'étudiante et réussit à réguler l'impact de ses troubles sur son quotidien.

1.2 Du problème psychique au problème social, quels parcours ?

1.2.1 Parcours de santé et circulation entre les prises en charge

La qualification des troubles psychiques

Précisions sémantiques

Très vite nous avons été confrontée à un questionnement sur le lexique de la recherche : troubles, maladie, souffrance, handicap, psychiatrie ou encore santé mentale. Nous ne souhaitons pas parler de maladie psychique, car la nature des troubles (pathologique ou non) fait débat pour des personnes jeunes. A l'inverse, les termes de souffrance psychique ou mal-être semblent mettre à l'écart cette possibilité de pathologie médicale. Nous avons choisi d'utiliser le terme de « troubles » psychiques, car, comme l'explique Delphine Moreau, il permet de désigner « à la fois des désordres « intérieurs », la « pathologie »⁵ à l'œuvre, et les désordres sociaux incitant des témoins à opérer ce travail de qualification. Par suite, ce terme permettait de ne pas trancher entre ce qui relève dans la maladie psychique d'un processus endogène ou de la relation d'un individu à son milieu » (Moreau, 2007, p 5).

Nous nous sommes également intéressée à la distinction entre les qualificatifs "mental" et "psychique". Ces deux termes peuvent être utilisés de façon interchangeable lorsqu'ils sont associés à des "troubles". En revanche, ils se distinguent lorsqu'ils qualifient le handicap (Demailly, 2011). En

⁵ L'OMS définit les "troubles mentaux" de la façon suivante : "un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux. Ils comprennent par exemple la schizophrénie, la dépression, l'arriération mentale et les troubles dus à l'abus de drogues. La plupart de ces troubles se traitent." Dans cette définition, les troubles englobent les maladies.

effet, le handicap psychique, contrairement au handicap “mental”, n’est pas associé à une déficience intellectuelle. C’est pourquoi, pour éviter la confusion, nous utiliserons dans ce travail le terme de “psychique”, pour qualifier tant les troubles que le handicap.

Anne Lovell (2010) souligne la confusion supplémentaire introduite par la promotion récente des politiques de santé mentale. Beaucoup d’éléments concourent à ce flou sémantique : Le fait que la santé mentale désigne à la fois les pratiques institutionnelles et les caractéristiques individuelles ; qu’elle rompe avec la visée réparatrice de la psychiatrie tout en s’y confondant au niveau des prises en charge désignées de santé mentale ; qu’elle identifie une sorte de “capital de santé normatif” dans une optique de prévention, qui utilise notamment la notion de « souffrance psychique » ; ou encore que la santé publique confonde souvent les caractéristiques de la santé mentale avec celles des troubles mentaux.

Notre projet s’intéresse bien aux “troubles psychiques” c’est-à-dire à des troubles qui sont identifiés comme relevant du soin psychique (là où la santé mentale comprend les troubles psychiques, mais également la souffrance sociale, qui peut aussi être qualifiée de souffrance psychologique d’origine sociale, qui ne nécessite pas de soin en psychiatrie mais une attention soutenue et une prise en charge, afin qu’elle ne devienne pas pathologique) (Lovell, 2010).

Lou a souligné la manière dont le cours de sa vie a changé à partir de la mort de ses grands-parents et de l’annonce de la maladie de sa mère. Dans son récit, cette période est décrite comme un tournant décisif. D’une part, son quotidien change de sens (sa priorité n’est plus d’aller en cours, mais de rester auprès de sa mère) et d’autre part, elle en ressent une grande douleur. Cette souffrance se manifeste par de la tristesse, de l’angoisse ou encore par des périodes de « vide » où elle se sent comme absente à elle-même.

Ces manifestations ont pour Lou et sa famille une cause principale : les événements traumatisants que sont la mort et la maladie de proches auxquels s’ajoute le stress des épreuves du bac. Pour les enseignants qui voient le comportement de Lou se modifier sans être informés de son vécu familial, c’est l’adolescence qui semble être en cause. Cette question de la perception des troubles par le jeune et son entourage est importante car elle détermine en partie les décisions d’orientation vers le soin.

Dans le cas de Lou, sa souffrance apparaît comme une réaction normale à la perte et à la maladie de ses proches. Un accompagnement psychologique est proposé face à la persistance dans le temps de la souffrance de Lou. François Sicot, dans son ouvrage « Maladies mentales et pauvreté », décrit la manière dont des manifestations de troubles psychiques peuvent être différemment perçus et interprétés, en fonction du milieu social d’origine de la personne (Sicot, 2001). La qualification de

manifestations comme relevant de troubles psychiques fait en effet appel aux représentations et aux pratiques, socialement situées, de la santé et de la maladie mentale. Ainsi, les personnes venant de classes populaires ont plus tendance à donner des causes sociales à leur souffrance psychique, que des causes psychologiques. Dans le cas de Lou (qui vient d'un milieu fortement doté en capital culturel et social), le décès et la maladie de ses proches donnent une explication à sa souffrance pour ses parents.

Ces premiers éléments nous amènent à une première série de questions : Quelles sont les comportements, symptômes susceptibles d'être qualifiés de troubles psychiques ? De quelle manière le contexte (le milieu social mais aussi les événements de vie concomitants) dans lequel se trouve le jeune influence la qualification de manifestations comme relevant de troubles psychiques ?

A travers ces questions, nous nous intéressons aux premières phases du processus de construction des troubles psychiques. Il ne s'agit pas ici de nier l'existence des manifestations qualifiées comme relevant de troubles psychiques, mais de comprendre la manière dont elles sont perçues et traitées dans notre société contemporaine, aussi bien par les individus concernés que par leurs proches et les acteurs de leur environnement. Nous nous inscrivons ainsi dans la continuité des travaux qui analysent les troubles psychiques comme une déviance, socialement et historiquement située (Goffman, 1961 ; Foucault, 1964). Si les qualifications des troubles sont variables socialement⁶, les formes des troubles le sont également. C'est le cas par exemple pour le repli à domicile, un phénomène tellement massif au Japon qu'une nouvelle catégorie de diagnostic, celle des « Hikikomori », a été construite pour le qualifier⁷.

En nous inscrivant dans cette perspective, il ne s'agit pas de commenter la psychopathologie et les catégories médicales ou de statuer sur la nature des troubles qui touchent les jeunes que nous avons rencontrés, ou dont on nous a parlé. *“L'approche sociologique ne doit pas être pensée comme exclusive d'autres disciplines : elle ne signifie pas en effet que le trouble mental ne puisse avoir des causes biologiques (neurologiques, infectieuses, biochimiques, génétiques...) ou psychologiques (psychodynamiques, c'est-à-dire liées au passé de la personne et à sa structure psychique, ou événementielles, conjoncturelles, tels les séparations, les deuils, les harcèlements, les traumatismes...). L'approche sociologique affirme simplement que, comme tout phénomène humain, le trouble mental peut en même temps être saisi sous ses dimensions socioculturelle, socioéconomique et sociopolitique,*

⁶ Citons pour exemple le plus marquant le fait que l'homosexualité a été considéré jusqu'en 1990 par l'Organisation mondiale de la santé comme une pathologie mentale.

⁷ Les Hikikomori sont des personnes, dans la majorité des cas des adolescents et jeunes hommes, qui s'enferment à leur domicile pendant plusieurs mois voire années, en coupant subitement les liens avec leurs relations et activités sociales. Au Japon, le nombre de Hikikomori est estimé à 1 154 000 personnes en 2019. Ce phénomène, s'il est moins massif, est également présent dans d'autres pays, notamment en France et en Italie (Fansten, Figueiredo, Pionnié-Ddax, Vellut, 2014).

concernant sa genèse ou le traitement que lui réserve la société. Elle considère que ce point de vue spécifique est utile à la compréhension des phénomènes et à l'action collective les concernant" (Demailly, 2011, p. 4).

L'analyse du processus de qualification des troubles est particulièrement importante dans un contexte où la santé mentale des jeunes est constituée comme un problème social et de santé publique majeur de nos sociétés contemporaines. L'INSERM évaluait ainsi en 2002 que, sur les 4 millions de jeunes entre 15 et 19 ans, près d'un sur huit souffrait de trouble mental, dont 200 000 jeunes victimes de troubles anxieux et 130 000 de dépression, auxquels s'ajoutent près de 130 000 autres troubles comme l'hyperactivité, les TOC, la schizophrénie et troubles bipolaires, l'autisme, la boulimie et l'anorexie (INSERM, 2002). Ces jeunes représentent près de 40% de l'ensemble des personnes souffrant de handicap psychique d'après l'OMS, qui estime cette population à environ 3% de la population en France. Si l'on ajoute les jeunes adultes de 19 à 25 ans à cette population, on mesure l'importance du phénomène.

Au-delà du repérage des troubles, leur qualification en termes de diagnostic est également une problématique du champ de la santé mentale. Le parcours de Lou concernant le diagnostic de ses troubles est représentatif de ces tensions. Lou nous donne en entretien un diagnostic de troubles de l'humeur, qu'elle s'est appropriée à partir des indications des notices de ses médicaments. Ce n'est pas le psychiatre qui lui a transmis ce diagnostic.

Dans leur travail sur l'hospitalisation de jeunes adultes en psychiatrie, Annick Ernoult et Catherine Le Grand Sébille présentent deux types de pratiques des psychiatres vis-à-vis des diagnostics (Ernoult, Le Grand-Sébille, 2010). Tandis que certains les communiquent de façon précoce, dans une optique de prévention, d'autres préfèrent ne pas le faire afin de ne pas enfermer le jeune dans une étiquette de malade psychiatrique, alors même que leur état de santé peut évoluer. Les travaux psychiatriques indiquent en effet que les troubles sont évolutifs tant que le processus de maturation n'est pas achevé, soit vers 25 ans environ. Pour autant, comme dans le cas de Lou, cela ne l'empêche pas de s'approprier un diagnostic pour expliquer les troubles auxquels elle fait face. Mais on peut supposer que ce rapport au diagnostic, s'il est variable selon les professionnels, l'est aussi selon les jeunes qui ne veulent pas forcément se voir coller cette étiquette, avec tout le stigmatisme qu'elle sous-tend.

Cette observation nous amène à prolonger le questionnement des travaux d'Annick Ernoult et Catherine Le Grand-Sébille. Quels types d'explications les jeunes donnent-ils de leurs troubles ? Cherchent-ils des explications ? Quels rapports ont-ils aux diagnostics psychiatriques ? Quels impacts

peuvent avoir ces réflexions sur leur identité et leur projection dans l'avenir ? Comment se négocie la construction des diagnostics chez les jeunes ?

Entrée et circulation dans les dispositifs de prévention et de soin

Les troubles psychiques chez les jeunes constituent une problématique de santé publique prioritaire. Si le repérage des troubles est un enjeu fort pour les politiques publiques, c'est dans l'optique de favoriser la prévention en santé mentale. Ceci conduit à s'interroger sur les acteurs du repérage des troubles, mais également sur le processus d'orientation vers les dispositifs de prévention et de soin.

Dans le cas de Lou, c'est l'infirmière scolaire qu'elle voit régulièrement qui l'a orientée vers un accompagnement spécialisé en Maison des Adolescents (MDA). L'infirmière scolaire a été le premier interlocuteur institutionnel à orienter Lou vers une prise en charge dans le champ de la santé mentale ; un premier « guichet », en quelque sorte vers des formes de prise en charge (Dubois, 2008). Ces deux structures que sont l'infirmerie scolaire et la Maison des Adolescents font partie du dispositif de prévention à destination des jeunes en matière de santé mentale. Lou décrit la prise en charge qui lui est proposée comme légère et celle-ci ne va d'ailleurs pas durer, d'un commun accord avec le professionnel qui l'accompagne. On peut ici imaginer que ce dernier a estimé que les problèmes rencontrés par Lou ne nécessitaient pas davantage de suivi, puisqu'il ne l'a pas orientée vers un autre acteur de santé. Dans le cas de Lou, la première orientation part du champ scolaire ; ce qui indique le rôle joué par l'école dans le repérage de la souffrance psychique chez les jeunes.

On peut bien sûr aussi entrevoir d'autres guichets d'orientation vers le soin comme des professionnels de santé généralistes, ou encore la famille. Si l'on se réfère aux travaux de François Sicot sur la différenciation sociale de l'interprétation des troubles et de la souffrance psychique, l'orientation vers le soin se fait plus rapidement pour des personnes avec des ressources sociales, culturelles et économiques importantes. Celles-ci sont également plus socialisées aux thérapies par la parole et les sollicitent donc plus rapidement (Sicot, 2001).

Au-delà du rôle du milieu social d'origine sur la qualification des comportements des jeunes, nous nous interrogeons sur le poids du contexte social dans ce processus. Dans ces travaux sur la dépression comme pathologie sociale contemporaine, Alain Ehrenberg analyse la manière dont les injonctions à la compétitivité et à la performance, à des niveaux difficilement atteignables, génèrent une "fatigue d'être soi" pour les individus (Ehrenberg, 1991, 1996, 2000). Les jeunes n'échappent pas à ces exigences sociales, notamment par le biais de la scolarité.

C'est avec l'aggravation des troubles de Lou, notamment des hallucinations, qu'une prise en charge par un psychiatre va être initiée. Lou déplore que cet accompagnement sanitaire ne lui ait pas été proposé plus tôt. Elle pense en effet qu'elle aurait pu bénéficier d'une prise en charge plus précoce et d'un traitement. Ses propos font échos à ceux que nous avons entendus chez certains professionnels et dans une association de proches et patients de la psychiatrie. Pour eux, la détection précoce des troubles est un enjeu primordial de la politique de santé mentale, car la jeunesse est une période charnière sur le plan psychique. C'est en effet à cette période, que les premiers symptômes de maladies psychiatriques peuvent se manifester (comme pour la schizophrénie et les troubles bipolaires). Cette revendication entre en tension avec le risque présenté par d'autres professionnels de la psychiatrie, d'enfermer dans une étiquette et une carrière psychiatrique, des jeunes dont les troubles sont incertains. En effet, de cet autre point de vue, la jeunesse est également une période de vulnérabilité psychologique, où la souffrance et des symptômes tels que des délires peuvent se manifester, sans pour autant relever de pathologies mentales.

D'où une première série de questions relatives à l'entrée dans le soin psychique chez les jeunes. Quels sont les registres interprétatifs des troubles ? A quelles manifestations sont-ils associés ? Vers quelles prises en charge ces interprétations différenciées conduisent-elles ? Quand et comment sont engagées les prises en charge psychiatrique ? Par qui ? Quel est le poids des différentes manifestations des troubles et notamment du risque qui y est associé dans l'engagement de soins ?

Dans son parcours, Lou n'a jamais été hospitalisée, y compris après sa fugue et même si les pompiers ont suggéré cette possibilité. La place des parents de Lou apparaît déterminante dans cette décision de ne pas l'hospitaliser. Si les pompiers ont estimé pertinent une hospitalisation du fait des symptômes de Lou, ils ont également considéré que ses parents pouvaient lui apporter les soins immédiats dont elle avait besoin. Dans l'interaction entre les professionnels et la famille, cette dernière a donc été créditée de la capacité de prendre soin adéquatement de son enfant. Ceci suggère une autre hypothèse sur l'importance de la perception du fonctionnement familial par les professionnels et de ses variations. Les travaux de Normand Carpentier mettent en effet en évidence la perception ambiguë des familles par les professionnels de la psychiatrie. Elles sont à la fois considérées comme potentiellement impliquées dans le développement de troubles psychiques chez leurs enfants et comme principal aidant (Carpentier, 2001). Presque vingt ans après cette recherche de Normand Carpentier, nous nous interrogeons sur l'évolution de ce rapport entre les familles et la psychiatrie.

Quel est le rôle de la perception de l'environnement familial dans les trajectoires de soin des jeunes ? Comment les professionnels et les familles négocient-ils les prises en charge ? Quels sont les rapports de pouvoir dans ces interactions ?

Lou poursuit jusqu'à son déménagement son suivi psychiatrique au sein de la Maison des Adolescents. Elle a été suivie par trois psychiatres consécutifs. Pour Lou, ces changements l'ont conduite à devoir se confier, à expliquer à nouveau sa situation, ce qui ne lui a pas été facile. Elle précise également ne pas avoir les mêmes affinités avec tous ses soignants. Par ailleurs, ces changements de médecins ont aussi impliqué des modifications de son traitement. Lou décide d'arrêter seule, après plusieurs mois, un traitement qu'on lui avait prescrit et qui avait des effets secondaires qui l'ont fait souffrir (une forte prise de poids qui a fortement impacté son estime d'elle-même). Lou a souligné que son soignant ne semblait pas en tenir compte. Ce récit nous amène à nous interroger sur l'impact de la structuration de l'offre psychiatrique sur l'expérience de soin de ses usagers et sur leurs parcours.

Comment s'organise l'entrée dans les différents services du champ de la psychiatrie ? Comment l'organisation du champ de la psychiatrie impacte l'expérience des personnes et leurs parcours de santé ? Quels en sont les effets des seuils d'âges fixés par les institutions psychiatriques (notamment entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte), sur les parcours des jeunes ? Quels rapports de pouvoir entretiennent les professionnels avec les jeunes usagers de la psychiatrie ?

A partir de la fin des années 1960, la psychiatrie a organisé la prise en charge de ses patients, non plus selon un découpage départemental, mais en fonction de zones géo-démographiques, appelées secteurs de psychiatrie (Coldefy, 2010). Plusieurs types de secteur sont définis, dont ceux de la pédopsychiatrie et ceux de la psychiatrie pour adulte. Cette nouvelle organisation trouve ses fondements dans un idéal humaniste d'inscription du malade dans la cité (Demailly, Autès, 2012) et se développe dans un contexte de critique de l'asile comme institution totale (Goffman, 1961, Foucault, 1964, Castel, 1977). La sectorisation en psychiatrie a accompagné un mouvement de désinstitutionalisation, et en particulier provoqué une baisse du nombre de lits d'hospitalisation et une multiplication des lieux de soin conçus comme accessibles de par leur gratuité et leur localisation en milieu de vie ordinaire.

Dans le parcours de Lou, plusieurs structures et professionnels, acteurs du champ de la santé mentale, sont mobilisés. Nous avons évoqué l'infirmière scolaire, un psychologue et des psychiatres d'une maison des adolescents, des médecins généralistes, une clinique en psychiatrie. Nous avons également évoqué la Maison départementale des personnes handicapés (MDPH), qui apparaît en

creux car si Lou se dit handicapée, elle n'a pas pour autant sollicité cette institution. Dès notre enquête exploratoire, nous avons été confrontée à la grande multitude d'acteurs et de structures impliqués dans le repérage, l'accompagnement et le soin de jeunes avec des troubles psychiques. Nous avons également remarqué les différences territoriales dans l'existence et les pratiques de ces acteurs. Par exemple, il existe des services psychiatriques dédiés aux jeunes (à cheval entre la psychiatrie pour enfant et celle pour adulte) sur certains territoires, mais pas dans tous. Citons également les variations dans la densité de professionnels ou encore dans le nombre de lit d'hospitalisation en psychiatrie selon les territoires. Ceci suggère une nouvelle hypothèse selon laquelle le parcours de Lou en psychiatrie, ne se serait pas déroulé de la même manière s'il avait débuté à Villerose. En effet, la maison des adolescents de Villerose a un fonctionnement particulier et l'accueil des jeunes se fait par d'autres biais que celui qui a accompagné Lou.

Par ailleurs, si la première orientation de Lou vers la MDA se fait via une autre professionnelle, l'infirmière scolaire, son entrée dans la clinique en psychiatrie de Villerose est présentée par Lou comme relevant du hasard, ce qui nous semble peu probable. En effet, le milieu social d'origine de Lou joue un rôle dans cette entrée. Nous supposons en effet que sa mère s'est renseignée sur les dispositifs de scolarisation alternatifs ou tout du moins s'y est intéressé puisqu'elle a incité sa fille à visionner un reportage sur le dispositif de Villerose. Le cas de Lou nous amène à réfléchir sur le rôle du milieu social d'origine et de sa dotation en capital social, culturel et économique dans les possibilités de circulation entre différentes solutions de prise en charge de jeunes confrontés à des troubles psychiques, et donc sur les inégalités de trajectoires.

De plus, si le parcours de Lou semble relativement fluide lorsqu'elle démarre ces prises en charge, les entretiens avec les professionnels mettent en avant des difficultés pour certaines structures, notamment publiques, à initier sans délai des accompagnements. En effet, de nombreux services sont sous pression face à une forte demande au regard du nombre de professionnels et de financements qualifiés d'insuffisants. La densité de psychiatres est par exemple sur certains territoires très faibles (Giordano, 2017). Le rapport Piveteau intitulé « Zéro sans solution », publié en 2014, a souligné, par exemple, le problème des ruptures de parcours dans le champ du handicap, du fait de la saturation des dispositifs de prise en charge (Piveteau, 2014). Ceci invite à nous interroger sur l'impact des tensions organisationnelles dans les institutions de prise en charge en santé mentale, sur les parcours des jeunes et sur son poids différencié selon le milieu social du jeune. Autrement dit, la question que nous posons est celle de l'accès aux droits et aux services, mais aussi des inégalités sociales et de santé pour des jeunes avec des troubles psychiques.

Depuis la fin des années 2000, un nombre croissant de recherches sociologiques ont étudié l'expérience de prise en charge de malades de la psychiatrie, au sein de différentes structures du champ de la psychiatrie et de la santé mentale. On peut mentionner notamment les travaux de Livia Velpry sur un Centre Médico-Psychologique (CMP) (Velpry, 2008) ; ceux d'Isabelle Coutant dans un service d'hospitalisation pour adolescents (Coutant, 2012), ou encore de Julien Gard ou Aurélien Troisoeufs dans un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) (Gard, 2011, Troisoeufs, 2012). Delphine Moreau a travaillé pour sa part sur l'hospitalisation sans consentement (Moreau, 2015) ; Baptiste Brossard sur les pratiques d'auto-mutilation chez les adolescents et jeunes adultes (Brossard, 2014). Celui-ci a mené son enquête sur deux terrains principaux : un hôpital de jour (en psychiatrie) pour adolescents et sur internet (forums de discussion francophone sur l'auto-mutilation).

Notre approche se distingue de ces travaux en cela que nous regardons les parcours des jeunes et leurs circulations au sein des multiples dispositifs du champ de la santé mentale, sans en cibler un en particulier. Notre démarche se rapproche en cela de celles d'Audrey Parron et Pauline Blum, qui ont toutes deux travaillé sur de multiples sites du champ de la psychiatrie et du handicap (Parron, 2011, Blum, 2017). Audrey Parron a travaillé sur la négociation des normes d'indépendance et d'autonomie pour des jeunes confrontés à des troubles psychiques. Pauline Blum a centré son analyse sur le vécu des jeunes et de leurs familles des prises en charge en psychiatrie à cette même période de la vie.

Du handicap psychique à sa reconnaissance institutionnelle

Lou présente également une auto-analyse intéressante de la catégorie du handicap, qui correspond à la définition du courant des *disability studies* : c'est son environnement qui fait d'elle une personne handicapée et non ses troubles. Ainsi, dans son premier établissement scolaire, Lou se sent handicapée, tandis que dans le service de scolarité de la clinique, ce n'est plus le cas. Le handicap peut concerner une situation (dans ce cas, la scolarité) et peut varier dans le temps et l'espace.

Lou se réfère au champ du handicap sans qu'on lui ait encore posé de question à ce sujet. Ceci révèle une forme d'appropriation de la question du handicap. Pour autant, à aucun moment dans son parcours, Lou n'a envisagé de demander une reconnaissance institutionnelle du handicap ou sollicité un dispositif nécessitant d'effectuer cette démarche. Elle ne mentionne pas non plus une quelconque incitation de la part de professionnels à effectuer une telle demande.

La perception du handicap peut également être différente selon les personnes. Par exemple on peut se demander dans le cas de Lou si les professionnels de son premier lycée l'ont considérée comme handicapée ou en situation de handicap ? On peut supposer que non, dans la mesure où ils expliquent le comportement de Lou par une forme de crise de l'adolescence et un manque d'investissement

scolaire. Dans leurs travaux, Pauline Blum et Hervé Henry montrent que le concept de handicap psychique est peu intégré par les professionnels, y compris du champ scolaire (Blum, Henry, 2016). Si les troubles psychiques sont présentés dans la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », comme une cause possible de handicap, les pratiques et l'offre n'ont pas été massivement transformées. Les structures qui accueillait déjà des personnes avec des troubles psychiques continuent de le faire (comme les Etablissements ou Services d'Aide par le Travail (ESAT) par exemple). D'autres structures, telles que des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) « psychiques » ont été créées. Mais quantitativement cette offre reste relativement limitée, par rapport aux attendus des promoteurs du handicap psychique (Giordano, 2016).

Par ailleurs, les demandes de reconnaissance institutionnelle du handicap pour raisons psychiques se font en moyenne à l'âge de 38 ans (Bodin, 2018). Romuald Bodin remet en question la définition du handicap, telle qu'elle est couramment utilisée aujourd'hui, c'est-à-dire au regard du triptyque « déficience », « incapacité » et « réduction de participation à la vie sociale ». Pour lui, le handicap est le produit de deux institutions : une première qui nomme l'anormalité et une seconde institution (la MDPH) qui « vient absorber ou subsumer cette réalité » (Bodin, 2018). Dans cette perspective on peut penser que Lou ne s'oriente pas vers le champ du handicap, et n'est pas incitée à effectuer une demande par un autre professionnel, car sa situation ne pose pas de problème particulier à l'institution scolaire. Lou a en effet plus de 16 ans et est donc exemptée de l'obligation scolaire. Mais ce dernier raisonnement ne nous paraît pas tout à fait justifié, étant donné les actions actuelles, tant au niveau de l'éducation nationale que dans le champ du handicap, visant l'inclusion scolaire de tous les élèves, d'une part, et la limitation des sorties scolaires sans obtention de diplôme, d'autre part. Nous émettons donc une hypothèse complémentaire à celle de Romuald Bodin : l'offre dans le champ du handicap ne propose rien sur le plan scolaire qui incite Lou à effectuer une demande. S'il existe bien sûr des dispositifs visant l'inclusion scolaire dans le champ du handicap, ceux-ci sont pensés pour d'autres catégories de handicap. Lou n'a donc pas de raison, à ce stade de son parcours, d'effectuer une demande auprès de la MDPH. Elle réussit d'ailleurs à reprendre une scolarité et à obtenir son diplôme, grâce à un dispositif alternatif au milieu scolaire ordinaire, mais relevant de la psychiatrie et non du médico-social.

De nouvelles questions s'imposent sur le handicap psychique chez les jeunes : qu'est ce qui constitue un handicap pour les jeunes et pour leurs proches ? Comment les professionnels du champ sanitaire, social, et de l'éducation s'approprient cette catégorie institutionnelle du handicap psychique ? Comment les jeunes s'approprient-ils cette catégorie et avec quelles répercussions sur le

plan de leur identité ? Qu'est ce qui amène à demander une reconnaissance institutionnelle d'un handicap et/ou à déposer un dossier pour bénéficier d'un dispositif de ce champ ? Plus précisément, quels sont les déterminants structurels, sociaux et individuels de cette démarche de demande d'une reconnaissance institutionnelle d'un handicap psychique ?

1.2.2 La négociation des inscriptions dans les sphères normées de socialisation

Les enjeux relatifs à la jeunesse

Au-delà du parcours de santé de Lou, l'impact des troubles sur sa vie quotidienne et la remise en cause de l'avenir qu'elle et ses proches avaient jusque-là envisagé, nous semblent également très intéressants à analyser. Pour comprendre les enjeux de cette recomposition des possibles, il faut les rapporter aux enjeux contemporains qui façonnent les parcours vers l'âge adulte. En effet, *“Ce n'est qu'en ramenant la maladie aux mondes moraux dans lesquels elle est encastrée et en cherchant à comprendre les multiples enjeux (personnels, sociaux, économiques, familiaux), mais aussi les valeurs et les symboles à l'œuvre qu'on arrive à mieux restituer l'expérience de la maladie”* (Lovell, 2003, p. 119).

On peut ainsi se demander ce que signifie être jeune et atteint de troubles psychiques à un âge social concentrant des enjeux forts de placement social, régis par des normes et des valeurs articulées autour de l'autonomie, de la responsabilisation et de la prise d'indépendance financière, affective et résidentielle (Galland, 2017).

Dans nos sociétés, l'intégration sociale relève de la responsabilité de l'individu qui doit gérer, dans un cadre socialement et culturellement normé, la singularité de son parcours. En France, la pression à l'investissement scolaire dans une logique de « placement social » (Van de Velde, 2008) est particulièrement forte. Plus qu'ailleurs en Europe, la jeunesse y est vécue comme un moment crucial au sein duquel se scellent les trajectoires futures des individus, et cette phase est dominée par la pression à prendre rapidement place au sein d'une hiérarchie prédéfinie, déterminée par le diplôme et le premier emploi (Van de Velde, 2008). La jeunesse concentre ainsi les exigences de performance et de réussite, associées à l'injonction à être soi, à se construire une identité à travers tous les possibles, propres à l'individu contemporain (Ehrenberg, 2000), impératifs ravivés par le sentiment d'une absence de droit à l'erreur.

Le fait que les troubles apparaissent à un moment de transition biographique nous amène à considérer leur gestion dans un parcours d'insertion semé d'épreuves (scolarité et emploi par exemple), entendues comme des défis historiques, socialement produits et inégalement distribués, à

la fois spécifiques à cette phase de transition, mais également représentatifs du processus d'individuation contemporain (Martuccelli, 2006). La jeunesse comme phase où l'on doit « trouver sa place », une place qui n'est plus assignée par l'héritage familial et l'inscription dans des appartenances collectives (Elias, 2004), constitue ainsi une épreuve traversée par une tension entre la nécessité de se plier aux exigences sociales, notamment celles du marché du travail, tout en satisfaisant à l'impératif de réalisation de soi propre à l'individu contemporain. *« Aujourd'hui la domination presque sans partage de l'économie de marché et du modèle libéral exacerbe les concurrences interindividuelles, en particulier dans le champ économique, mais aussi dans le système scolaire et, d'une certaine façon, à l'intérieur même des structures familiales et des relations affectives où l'instabilité devient la règle. N'ayant plus tant à correspondre à ce que l'on attend de lui qu'à être force de proposition, l'individu est sommé d'être lui-même et donc de s'inventer, de se construire une identité à travers tous les possibles. »* (Ehrenberg, 2000)

La période du passage à l'âge adulte est marquée par de nombreuses transitions sociales (Galland, 2017). Si les parcours de jeunes sont aujourd'hui plus sinueux, avec des allers-retours entre différentes positions sociales et non plus une trajectoire linéaire (Evans, Furlong, 2000), le franchissement de ces seuils reste toutefois déterminant pour le futur positionnement social des individus. Dans un contexte socio-économique marqué par l'effritement des protections sociales collectives (Castel, 2003), les difficultés d'intégration sur le marché du travail des jeunes générations, mais également par un sentiment d'inégalité entre générations et une crainte du déclassement (Peugny et Van de Velde, 2013), l'injonction à « se placer » (Van de Velde, 2008) pèse sans doute encore plus lourdement sur les jeunes qui souffrent de troubles psychiques.

Les épreuves sociales de la jeunesse

Lorsque nous rencontrons Lou, elle est étudiante. Nous ne voyons donc dans ce parcours, qu'une partie de l'expérience des épreuves sociales du passage à l'âge adulte (Martuccelli, 2006). Olivier Galland identifie différentes étapes qui caractérisent ce passage : la fin de la scolarité, le départ du domicile familial ou encore l'insertion dans l'emploi (Galland, 2017). Ce sont ces étapes que l'on qualifie d'épreuves sociales. En fonction de l'âge et de la période au cours de laquelle ils se développent, mais aussi en fonction de leurs manifestations et répercussions, les troubles psychiques pourront affecter d'autres sphères de la vie, comme par exemple la possibilité de vivre dans un logement autonome ou encore de s'insérer dans l'emploi. Les jeunes disposent de ressources différentes pour faire face à ces épreuves au regard de leurs troubles psychiques. Ces ressources sont structurelles, familiales ou encore individuelles. Elles interagissent entre elles et orientent

singulièrement les parcours des jeunes. Avec le cas de Lou, nous pouvons illustrer la variété de ces ressources.

Le récit du parcours de Lou traduit une préoccupation très forte pour son insertion sociale, à travers la scolarité. Cette inscription sociale est mise en péril du fait des troubles psychiques qui constituent des barrières pour Lou, mais également par l'absence d'obligation scolaire après 16 ans, qui peut poser la question de la légitimité pour Lou de se réinscrire en terminale pendant quatre années consécutives. Cette volonté de Lou d'être scolarisée pose une question plus large sur la manière dont est pensée la place sociale des jeunes avec des troubles psychiques.

Les conséquences des troubles psychiques chez les jeunes en âge scolaire ont été peu étudiées. De nombreux travaux sur la déscolarisation mettent en évidence le poids de l'environnement de vie et des configurations sociales et familiales sur les ruptures scolaires (Thin et Millet, 2005 ; Glasman et Oeuvarard, 2011). Cependant, les limitations de la participation à la scolarité entraînées par les troubles psychiques ne semblent peu étudiées en tant que telles, ni comme un facteur envisagé de rupture scolaire. Pourtant, les conséquences sur les transitions des jeunes vers l'âge adulte sont tout aussi importantes, l'apparition de la maladie venant modifier durablement les parcours de scolarité et d'insertion (Parron, 2011 ; Ebersold, 2005 et 2012). Dans un travail sur les dispositifs atypiques de scolarisation des « jeunes en difficultés », François Sicot met en évidence l'apparition de « *toute une zone grise de déscolarisation à bas bruit ou de mal-scolarisation, de scolarisations dénuées de sens, qui ne font pas l'objet de grandes déclarations publiques, ni de politiques publiques spécifiques. Elles relèvent de la difficile articulation entre logiques institutionnelles, d'une part et, d'autre part, de l'écart toujours possible entre évaluations familiales et professionnelles des difficultés des élèves comme de la définition du 'bien de l'enfant'* » (Sicot, 2011, p. 164).

Le cas de Lou est un bon exemple de cette remise en cause de la scolarité du fait de troubles psychiques. Lou fait partie d'un foyer bien doté sur le plan de la norme scolaire. Ses parents ont fait de longues études supérieures et l'incitent à faire de même. Lou a toujours été considérée comme une bonne élève avec d'excellents résultats. Mais ceci change progressivement, jusqu'aux épreuves du bac qu'elle n'obtient pas. Cela constitue un choc pour Lou et sa famille qui n'avaient jamais envisagé cet échec. Lou persiste dans sa volonté d'obtenir son bac général. Elle est très soutenue en cela par sa famille. Lou fait preuve d'une très grande ténacité, puisqu'elle passera au total quatre fois son baccalauréat. Elle testera différentes alternatives scolaires, dont l'enseignement à distance avec le Centre National d'Enseignement à Distance (CNED) ou encore un dispositif spécifique pour des jeunes

avec des troubles psychiques. Elle découvre ce dernier dispositif grâce à sa mère, par un reportage télévisé, puis par une conseillère d'orientation qui semble hésiter à lui en parler.

Le parcours de Lou met en lumière l'offre de scolarisation existante pour des jeunes avec des troubles psychiques. Quelle est cette offre ? Comment peut-on y accéder ? Qui oriente vers les dispositifs existants ? Dans un contexte où le décrochage scolaire ou encore l'inclusion scolaire sont posés comme des enjeux forts de l'éducation nationale, comment l'institution scolaire pense-t-elle l'insertion des jeunes avec des troubles psychiques ? Quelles valeurs, y compris morales, portent ces conceptions de leur scolarité par les institutions ?

De même que pour l'offre de soins, les dispositifs de scolarisation alternative varient selon les territoires. Par exemple, le dispositif présent à Villerose ne l'est pas dans l'ancienne ville où habitait Lou (il n'existe en fait que dans quelques villes françaises). Ceci implique donc d'importantes inégalités territoriales en matière d'offre de scolarité pour les jeunes avec des troubles psychiques.

Dans son travail de thèse, Pauline Blum a analysé la manière dont des jeunes et leurs familles de milieux favorisés, mobilisent un dispositif de scolarisation à domicile comme stratégie visant à limiter le déclassement social. Le cas de Lou fait écho à ce travail de Pauline Blum, bien qu'elle s'applique à un autre dispositif alternatif de scolarisation. La mère de Lou joue en effet un rôle important dans le maintien de la scolarisation de sa fille, que ce soit en lui proposant de s'inscrire au CNED ou en ce que l'on traduit comme une incitation à se renseigner sur le service de scolarité de la clinique. Nous prolongeons donc ici le questionnement de Pauline Blum, en le transposant à un autre territoire de recherche. Comment le milieu social d'origine du jeune influence-t-il l'orientation des trajectoires sociales des jeunes avec des troubles psychiques ?

Pour entrer dans le dispositif de scolarité alternatif, Lou a fait preuve une fois encore d'une grande ténacité. Elle appelle la direction et négocie au cours d'entretiens son inscription, alors qu'elle n'a plus à cette période de suivi psychiatrique, critère conditionnant l'entrée dans ce service d'accompagnement. Au-delà des aspects psychologiques, l'engagement de Lou nous interroge sur la nature de ses motivations et sur les ressources qu'elle mobilise pour atteindre son objectif d'avoir le bac.

Dans un article issu d'une recherche longitudinale sur les parcours du devenir adulte, Claire Bidart analyse les « ingrédients » des choix d'orientation des jeunes au cours de leur parcours (Bidart, 2009). Elle reprend pour cela une typologie des ressources cognitives élaborée par Michel Grossetti (Grossetti, 2004) et analyse le rôle des affects, théories, routines, valeurs et des finalités dans le processus de prise de décision des jeunes.

De la même manière dans le cas de Lou, nous pouvons repérer le poids de ces déterminants cognitifs dans sa persévérance pour obtenir son bac. Ainsi, nous avons déjà abordé le poids de la routine et des valeurs dans le parcours de Lou : faire de longues études relève de la tradition familiale et des attendus de sa classe sociale, ce qui est valorisé socialement.

Nous n'avons pas encore abordé la place des affects dans le parcours de Lou. On peut analyser sa tristesse face à la mort de ses grands-parents et à la maladie de sa mère comme un vecteur clé de la remise en cause de sa perception de la scolarité. Puis, lorsqu'elle échoue pour la première fois au bac, le choc, le sentiment de honte et de déception des attentes de son entourage, l'amène à réinvestir très fortement sa scolarité. La finalité associée à l'obtention de son bac évolue également avec ces événements. Après sa première année de terminale, Lou souhaite avoir son bac pour se prouver à elle-même et prouver à son entourage qu'elle en est capable. Ce n'est plus tant son goût pour les activités scolaires ou sa conformité à une norme occupationnelle d'âge qui la pousse à agir, mais la volonté de réparer ce qu'elle conçoit comme une erreur de parcours. On peut dès lors s'interroger sur les déterminants individuels et cognitifs qui agissent dans l'orientation des parcours des jeunes.

Rapport aux normes du devenir adulte

Lou décrit son intégration dans le service de scolarité alternatif comme un déterminant fort de son parcours. C'est grâce à ce dispositif qu'elle obtient son bac, reprend confiance en elle et peut poursuivre des études supérieures dans lesquelles elle s'épanouit. Cela lui a permis surtout de renouer avec une forme de normalité à laquelle elle aspire. Les troubles psychiques l'ont en effet écartée pendant un temps de ce rôle et statut d'élève, commun à toute une classe d'âge. Nous avons vu dans le point précédent la manière dont elle mobilise différentes ressources pour retrouver cette place sociale. Cet aspect du parcours de Lou interroge la dimension « morale », au sens que lui donnent Didier Fassin et Jean-Sébastien Eideliman, du passage à l'âge adulte et des troubles psychiques incertains à cette période de la vie. « *Les sociétés humaines mettent en œuvre des normes et des valeurs qui permettent à leurs membres de diriger leurs conduites et de sanctionner leurs écarts. Les êtres humains pensent et agissent au regard de conceptions de ce qui est bien ou mal, souhaitable ou condamnable, juste ou injuste, convenable ou inconvenable. Comprendre cette double dimension, collective et individuelle, de la vie des hommes et des femmes constitue l'objet de la morale.* » (Fassin, Eideliman, 2012). Prendre en compte cette dimension morale, c'est donner les éléments de contexte nécessaires à la compréhension des logiques mobilisées par les différents acteurs de la négociation de sa trajectoire. Les normes du devenir adulte ne sont pas les seules à prendre en compte pour comprendre notre objet de recherche.

L'analyse de l'entrée de Lou dans le service de scolarité de la clinique permet d'éclairer d'autres dimensions morales en jeu dans la négociation de son parcours. Il nous faut pour cela mobiliser des éléments de contexte sur ce dispositif, recueillis auprès de la direction lors de l'enquête exploratoire⁸. Ces matériaux nous permettent en effet d'identifier plusieurs formes de morales qui peuvent entrer en concurrence ou du moins en friction.

Si Lou est très motivée pour entrer dans ce service, elle doit toutefois négocier avec la direction du service de scolarité pour y entrer. Lou nous dit que son inscription est compliquée par son absence de suivi médical. A ce stade, il semble bien qu'un tri est opéré dans l'inscription de nouveaux élèves. En effet, ce service de scolarité intègre en moyenne une vingtaine de jeunes par an. Ce chiffre apparaît faible au vu de la densité de population de jeunes à Villerose, y compris de ceux soignés en psychiatrie. La direction nous confirme en effet en entretien que le nombre de demandes est plus important que les places ouvertes dans le service. De nouvelles questions se posent alors : Quel est le processus de sélection des jeunes et selon quels critères ? Peut-on repérer un profil type des jeunes qui entrent dans ce service de scolarité ?

En entretien, les professionnels de la direction nous indiquent que la motivation est un critère majeur de la sélection des jeunes. Ces derniers doivent faire la preuve de leur volonté de reprendre une scolarité et de leur capacité à « adhérer » au dispositif proposé. Ainsi, ce sont les jeunes qui doivent appeler le service et non leurs parents. Ils doivent également rappeler après un premier entretien s'ils veulent en avoir un deuxième. Cette démarche n'est pas sans rappeler la logique d'activation prônée par les politiques sociales actuelles. La « morale » est ici très individualiste et met de côté volontairement le contexte social dans lequel évolue le jeune. Ce qui compte pour les professionnels du dispositif, c'est le jeune, non sa famille, et la volonté de « s'en sortir ».

Dans le cas de Lou, cette dimension morale a joué en sa faveur. En effet, contrairement à son inscription au CNED, par exemple (qui a été effectuée par sa mère), Lou veut réaliser seule toutes les démarches concernant sa scolarité dans ce service. Elle estime que cette victoire lui revient à elle-même. Et ceci correspond précisément à l'attendu implicite du service de scolarité. Toutefois, on peut imaginer que dans d'autres cas, les morales des jeunes, de leurs proches et des professionnels, soient contradictoires et amènent à une autre orientation du parcours d'insertion. Ce qui nous intéresse particulièrement ici concerne la négociation entre les jeunes, leurs proches et les professionnels, pour obtenir l'inscription dans le dispositif. Mais quels sont les rapports de pouvoir engagés dans cette négociation ? Quelles sont les ressources cognitives mobilisées de part et d'autre dans la négociation ?

⁸ Nous présentons en détail dans le point deux de cette introduction l'ensemble des enquêtes et matériaux de terrain recueillis.

Que nous dit l'analyse de ces échanges des enjeux moraux autour de la scolarité et plus globalement des épreuves sociales de la jeunesse ?

L'exploration de cette dimension morale nous amène également à nous interroger sur une de ses composantes dans le cas de notre recherche : les différentes représentations de la jeunesse. Patricia Loncle, dans son ouvrage sur « les politiques de jeunesse », met en avant différentes représentations de cette population : les jeunes comme des risques (ce registre est mobilisé par exemple dans le cadre des politiques à propos de « la délinquance juvénile »), la jeunesse à protéger et enfin la jeunesse comme ressource (Loncle, 2010). Au cours des périodes de bifurcation, ces registres sont mobilisés différemment et influencent l'orientation des parcours des jeunes. Comment ces représentations de la jeunesse se confrontent-elles à celles des troubles psychiques ? Comment sont-elles mobilisées dans les différentes institutions encadrant les trajectoires sociales de la jeunesse ?

Stigmate, dépossession de soi et reconnaissance

Lou est soutenue par ses parents dans sa volonté d'intégrer le service de scolarité mais tient à effectuer seule les démarches. Si l'on peut penser qu'ils la laissent agir ainsi dans la mesure où cela correspond à leurs propres désirs pour leur enfant (notamment dans une stratégie pour limiter le déclassement social que peut induire pour eux le fait qu'il reste sans diplôme), ce rapport entre Lou et ses parents indique également une forme de responsabilisation. Ses parents la laissent décider elle-même de son orientation. Cette responsabilité des personnes avec des troubles psychiques à agir pour elle-même est parfois remise en question à partir du postulat suivant : « *les troubles psychiques touchent la personne dans sa subjectivité et sa conscience, ce qui peut entraîner de sa part un déni des difficultés et une non-demande d'aide* » (Weber et al., 2012, p 240). Cette responsabilité nous interpelle à deux niveaux, d'une part, en termes de « dépossession de soi » et, d'autre part, de construction sociale (Béliard et al., 2015, Moreau, 2007, 2015, Weber, 2012). Florence Weber analyse dans un article intitulé « Être pris en charge sans dépossession de soi », la manière dont un diagnostic médical, posé sur une dame âgée, est utilisé par ses enfants pour prendre des décisions visant à la protéger et auxquelles elle s'oppose (Weber, 2012). La perception du risque par les différents acteurs apparaît comme un facteur clé de la dépossession de soi.

Découle de cette perspective une interrogation sur la marge de manœuvre dont disposent les jeunes pour décider pour eux-mêmes de l'orientation de leur propre vie et des actions qui les concernent et, plus précisément, sur la manière dont la qualification des troubles psychiques peut altérer cette capacité d'action. L'idée ici n'est pas de juger de la responsabilité des jeunes, ni d'émettre un jugement moral sur ce qui amène les proches ou les professionnels à prendre des décisions pour

autrui, parfois contre son gré, mais d'analyser les dimensions sociales qui peuvent jouer un rôle dans la perception du danger et dans les actions mises en œuvre pour la personne.

Lou décrit comment au cours de son parcours elle a été amenée à cacher ses troubles aux personnes de son entourage, dont certains n'en ont toujours pas connaissance. C'est par exemple le cas quand elle a cherché à obtenir un certificat médical de son médecin généraliste et non de son psychiatre, afin de justifier l'arrêt de sa préparation artistique, ou encore, lorsqu'elle souligne son appréhension à propos du fait que ses nouveaux amis de l'université apprennent son âge (révélant ainsi qu'il n'a pas eu un parcours scolaire linéaire ou « normal »). Lou dit craindre le jugement des autres par rapport à ses troubles psychiques et ne souhaite pas être considérée comme différente. Lou élabore donc des stratégies de « gestion du stigmatisme » pour présenter une identité sociale dans la norme (Goffman, 1975). Si le stigmatisme que représentent les troubles psychiques a déjà été longuement étudié en sociologie, il nous paraît intéressant de poursuivre les réflexions sur cette question concernant la jeunesse, en tenant compte de l'incertitude qu'il peut y avoir sur le diagnostic, sur le développement des troubles et leur impact sur la vie sociale. Comment le stigmatisme des troubles psychiques participe-t-il à orienter les trajectoires des jeunes et leur insertion sociale ? En quoi les spécificités des troubles psychiques évoqués induisent des parcours de santé et de vie différents de ceux décrits pour d'autres pathologies ?

En creux de la déposssession de soi, nous interrogeons la reconnaissance sociale. Dès le début de son récit, Lou décrit sa pratique du dessin comme un support clé pour elle : durant les périodes les plus sombres, elle se sent tout de même bien lorsqu'elle dessine. C'est aussi un moyen de garder contact avec d'autres personnes, lorsqu'elle est scolarisée à domicile, mais se rend à des cours de dessin. Ce qui est au départ un loisir, puis une passion, fait ensuite l'objet de ses études supérieures, période durant laquelle Lou nous dit : « *ma vie va mieux* ». Au moment de l'entretien, Lou s'épanouit dans ses études, dont elle parle avec enthousiasme. Elle se sent soutenue par les professionnels de la clinique qui continuent de l'accompagner. Elle a des amis avec qui elle a fini par se sentir suffisamment en confiance pour leur faire part de ses problèmes de santé, sans que cela n'altère leur relation. Même si l'avenir de Lou lui semble toujours incertain, la conclusion du récit de sa vie est heureuse et montre l'importance des supports sociaux qui viennent en appui de ce sentiment de bonheur.

Ces propos font écho aux travaux d'Axel Honneth sur la reconnaissance (Honneth, 1992). Axel Honneth identifie trois formes de reconnaissance sociale. La première concerne toutes les dimensions affectives. Il s'agit par exemple de la reconnaissance qui émane des relations amicales, familiales ou

amoureuses. La deuxième sphère de reconnaissance est celle de la responsabilité morale. Elle se traduit sur le plan juridique. Il s'agit par exemple du fait d'être considéré comme citoyen avec des droits et des devoirs. Une personne sous tutelle juridique souffre ainsi d'un déficit de reconnaissance. Enfin, la troisième sphère de reconnaissance est sociale. Elle concerne la position de la personne dans la hiérarchie sociale et la valeur qui y est attachée.

Si l'on applique ce cadre d'analyse au parcours de Lou, on observe un regain de reconnaissance sociale au moment de l'entretien : elle bénéficie d'une reconnaissance affective avec sa famille et ses amis, d'une reconnaissance morale, car ses troubles psychiques sont stabilisés et sa responsabilité n'est pas remise en question par son entourage et enfin, elle a obtenu son bac et est étudiante à l'université, en accord avec les attentes normées de son milieu social.

2. Construction de l'objet et de la démarche empirique

Cet ensemble de question nous ont permis d'esquisser le cadre conceptuel de notre recherche et la manière dont il circonscrit notre objet de recherche, mais aussi en conséquence notre enquête de terrain. Nous avons choisi d'étudier le vécu des jeunes confrontés à des troubles psychiques incertains, sous la perspective de leur parcours de vie, en adoptant une démarche compréhensive.

Au départ de ce travail de thèse, nous avons effectué une quinzaine d'entretiens exploratoires, avec des professionnels de différents secteurs (sanitaire, médico-social, social et Education Nationale) travaillant auprès de jeunes avec des troubles psychiques. Notre champ de recherche était alors très large, portant sur le passage à l'âge adulte de jeunes avec des troubles psychiques. Nous nous intéressions particulièrement à l'articulation des solidarités publiques et privées dans la prise en charge des jeunes.

Nous avons décidé d'adopter une perspective de *grounded theory* (Strauss, Baszanger, 1992), et ce pour deux raisons. N'ayant jamais travaillé sur le champ de la santé mentale, nous souhaitions tout d'abord profiter de notre étonnement sociologique à la découverte des terrains et voir quelles hypothèses et fils nous allions pouvoir en tirer. La deuxième raison était beaucoup plus pragmatique. Avant de démarrer cette thèse, si nous avions eu de bon contacts avec certains professionnels allant même jusqu'à des accords pour participer à l'enquête (dans une MDPH ou encore avec une association de familles et de proches), nous n'avions pas de certitudes sur les possibilités de travail de terrain. En effet, si l'association de proches acceptait de nous mettre en lien avec des familles, encore fallait-il que celles-ci acceptent de nous rencontrer. De même, pour la MDPH, la temporalité longue entre le

moment de la recherche de financement et le début du travail de recherche⁹, pouvait mettre en péril l'ouverture que nous avions.

C'est pourquoi nous avons préféré commencer par une enquête exploratoire, sondant différents terrains. Nous appréhendions à cette époque d'avoir des réponses négatives à nos demandes d'entretien et d'observation sociologiques dans le champ de la psychiatrie. Nous pensions aussi que notre sujet serait restreint (ou recentré, ce qui en soit n'est pas une mauvaise chose) par les refus de terrain. Cet a priori a rapidement été démenti par l'accueil chaleureux qui nous a été fait dans plusieurs lieux : l'association de famille et de proches qui nous ouvrait toujours ses portes et nous a permis d'intégrer un groupe de réflexion institutionnel d'une ARS sur la prévention du handicap psychique, la MDPH où la possibilité d'enquête sous convention s'est vue confirmée ou encore un service de scolarité dans une clinique en psychiatrie. A ce stade de l'enquête, nous nous sommes parfois sentie piégée par notre thème de recherche qui s'élargissait au lieu de se concentrer.

L'entretien avec Lou, dont nous avons présenté le parcours dans le premier point de cette introduction, a marqué une étape importante dans le processus de construction de notre objet de recherche et de notre problématique. Cette rencontre est venue incarner des questionnements qui jusque-là nous venaient de manière floue. A partir des témoignages des jeunes, nous avons décidé de suivre leur parcours de vie comme fil directeur de la thèse.

Nous avons étudié les troubles psychiques comme un événement, dont la survenue et le traitement social viennent amorcer une bifurcation dans leur parcours d'insertion. L'école étant une sphère de socialisation majeure de la jeunesse, nous nous sommes d'abord intéressée aux jeunes dont la scolarité est remise en question du fait des troubles psychiques.

L'incertitude est un élément clé de notre objet de recherche. Nous nous intéressons à l'incertitude qui entoure les troubles psychiques (dans leur diagnostic et pronostic) et à l'incertitude que cela engendre en termes d'inscription sociale et de perspective d'avenir. Il nous paraît en effet particulièrement intéressant d'étudier la manière dont des comportements incertains sont traités socialement et impactent l'identité sociale présente et à venir des individus. Comment agissent les jeunes, leurs proches et les professionnels face à cet événement complexe ?

⁹ Nous pensions au départ financer cette thèse dans le cadre d'un contrat Cifre. Si cette piste n'a pas abouti favorablement faute de structure assez pérenne et intéressée pour financer la recherche, cela nous a permis de rencontrer de nombreux acteurs de notre sujet et de faire connaître nos perspectives d'enquête. Cette thèse a été financée à 50% dans le cadre d'un appel à projet de l'Iresp « Troubles psychiques et majeurs protégés » et à 50% par la région dans le cadre d'une allocation doctorale. Comme pour de nombreuses recherches, le délai entre les réponses favorables de financement et le début du travail a été de plusieurs mois.

C'est d'ailleurs cette incertitude que nous avons souhaité traduire à travers le choix de notre titre, reprenant un extrait d'entretien avec Suzanne, une jeune femme de 23 ans. Pour Suzanne, ce questionnement sur son avenir est particulièrement fort au moment où les troubles l'ont éloigné de sa scolarité et de ses pairs.

« Parce que c'est ça le problème, c'est que quand on ne fait rien, on est toujours en train de se dire... c'est horrible. C'est horrible parce que j'étais pendant un an... on est toujours en train de se dire : oui, d'accord, je suis seule...je ne sais pas quoi faire. On se dit toujours : qu'est-ce qu'on va devenir ? » (Suzanne, 23 ans)

Si l'attitude face à l'incertitude apparaît comme le principal attrait sociologique de notre objet de recherche, il a également soulevé de nombreux problèmes d'un point de vue méthodologique. Comment capter cette population sans être amenée à comparer des situations trop disparates, trop hétérogènes ?

Nous avons ainsi choisi de centrer notre approche sur les prises en charge. Autrement dit, nous nous intéressons aux parcours de jeunes, dont des manifestations qualifiées comme relevant de troubles psychiques ont fait l'objet d'orientations vers des prises en charge spécifiques. Par prises en charge spécifiques, nous entendons une inscription dans un dispositif du champ sanitaire (psychiatrique) ou médico-social (handicap psychique). Cette approche nous permet d'appréhender à la fois les processus de construction des diagnostics et du handicap psychique et à la fois leur impact sur les parcours sociaux.

Nous intéressés à l'impact sur la vie sociale des jeunes au moment du passage à l'âge adulte, nous avons centré notre enquête sur les prises en charge visant l'insertion sociale des jeunes. C'est ainsi que nous avons pu affiner la sélection de nos contacts de terrain selon la méthode décrite par Daniel Cefai : « l'ethnographe pérégrinant de site en site, pistant ses objets à la trace » (Cefai, 2010, p 360).

2.1 Les bifurcations dans les parcours d'insertion des jeunes

2.1.1 Parcours, événement et bifurcation

La sociologie des parcours de vie s'intéresse à deux grandes dimensions qui orientent les trajectoires des personnes : d'un côté les structures et de l'autre l'agentivité (Bessin, 2009). Le parcours de vie en tant que concept sociologique est défini par Christian Lalive d'Epinay et ses collègues comme : « Le modèle ou les modèles de curriculum qui, dans une société et un temps donnés, organisent le déroulement de la vie des individus dans ses continuités et discontinuités. Ces modèles consistent, d'une

part, en des systèmes de normes et d'allocation de ressources prenant la forme de profils de carrière et de statuts d'âge, ainsi que de transitions généralement associées à des âges typiques; d'autre part, en un ensemble de représentations collectives et de références partagées. Ils constituent l'une des médiations centrales entre le système socioculturel et les individus » (Lalivé d'Épinay et al., 2005, p. 201). Dans cette définition, le parcours de vie constitue une institution sociale. Cette approche pose les bases d'une réflexion sur la manière dont les structures sociales, dans une société et une temporalité particulière, produisent des parcours de vie.

Une approche plus subjectiviste et individuelles des parcours, qualifiée de biographique par Marc Bessin (Bessin, 2009), est issue des travaux de la première et la deuxième école de Chicago. On peut citer parmi les influences de ces recherches biographiques les travaux de William Isaac Thomas et Florian Znaniecki sur les migrants Polonais aux USA (Thomas, Znaniecki, 1918-1929), ceux d'Anselm Strauss sur les trajectoires de patients de la psychiatrie, ou encore ceux d'Howard Becker sur les fumeurs de marijuana (Becker, 1963). Cette approche s'appuie sur la méthode des récits de vie et mobilise des concepts tels que celui de carrière ou de trajectoire.

Dans cette perspective, les ruptures et scissions dans les parcours sont décrits par Jean-François Guillaume comme des écarts individuels aux normes sociales. *« Ainsi, une vie prendrait un cours différent selon que les choses que l'on fait concordent ou ne concordent pas avec celles qui devraient être faites. Dans ces moments de transition, les acteurs individuels se heurtent, en quelque sorte, aux contraintes ou aux normes propres à un système social. Soit parce qu'ils éprouvent le sentiment de faire quelque chose qu'ils ne devraient pas faire ; soit parce que le déroulement de leur vie devient "anormal" aux yeux des représentants des institutions sociales »* (Guillaume, 2009, p23). Les institutions de socialisation jouent ainsi un rôle clé dans la délimitation des phases de vie, des parcours et des normes d'activité selon les âges de la vie.

Dans ce cadre on peut considérer la qualification de troubles psychiques chez les jeunes comme moment de rupture en cela qu'elle provoque un écart à la norme générale de bonne santé mentale. La qualification de troubles psychiques et sa prise en charge par le soin vont au-delà de la souffrance adolescente, qui pour cette dernière ne constitue pas un écart à la norme. Avoir des troubles psychiques à cette période de la vie, constitue une déviance en cela que la jeunesse est censée être une période où les individus sont en bonne santé (contrairement à la vieillesse par exemple, durant laquelle avoir un problème de santé n'est pas hors norme).

L'apparition de troubles psychiques constitue un événement, dont la survenue était imprévisible et dont les conséquences le sont tout autant. Ils correspondent en cela à la définition des événements de

« crise » définis par Michel Grossetti (Grossetti, 2006). L'imprévisibilité qui concerne au départ l'état de santé psychique du jeune, peut avoir un impact sur ses autres sphères de vie. C'est une caractéristique commune à de multiples problématiques de santé. « *Une situation peut évoluer pour passer d'un type d'imprévisibilité à un autre. Par exemple, un échec scolaire peut entraîner des problèmes familiaux, une déscolarisation et une situation de crise plus ou moins grave [...]. Les bifurcations amorcées par des problèmes de santé correspondent bien à ce cas de figure : l'événement de santé cristallise des problèmes multiples et irrigue d'autres sphères d'activité (notamment celle du travail) jusqu'à provoquer une réorganisation importante des activités.* » (Grossetti, 2009, p148). Ainsi, selon le moment d'apparition des troubles, leurs formes, la manière dont ils seront traités socialement, la scolarité, l'autonomie dans le logement ou encore l'insertion professionnelle pourront être touchées.

Les événements dont nous parlons se distinguent des épreuves socialement instituées de la jeunesse. « *L'événement renvoie à un imprévu, en fait se rapporte le plus souvent aux malheurs ou bonheurs spécifiques à un parcours singulier. En revanche, l'épreuve, elle, désigne une problématique historique commune à laquelle sont confrontés inégalement la plupart - pour ne pas dire tous - les acteurs d'une société.* » (Martuccelli, 2006). Ainsi Danilo Martuccelli analyse la scolarité ou encore le travail comme des épreuves sociales. Dans le cas des jeunes confrontés à des troubles psychiques, l'imprévisibilité liée à cet événement se conjugue aux nombreuses épreuves du passage à l'âge adulte. Leur impact peut mener à des formes d'irréversibilité dans l'orientation des parcours des jeunes, autrement dit à des bifurcations.

Le terme de bifurcation en sociologie est utilisé pour décrire « *un processus dans lequel une séquence d'action comportant une part d'imprévisibilité produit des irréversibilités qui concernent des séquences ultérieures* » (Grossetti, 2009, p147). Là encore, le diagnostic des troubles psychiques peut amener à une bifurcation : sa survenue était imprévisible et son impact peut-être irréversible. Précisons que l'irréversibilité est relative : « *Les éléments créés ne sont irréversibles que dans la mesure où ils survivent à leur moment de création et où ils interviennent dans des situations ultérieures. La notion d'irréversibilité implique toutefois que déconstruire ce qui a été construit ou défaire ce qui a été fait n'est pas revenir au point de départ.* » (Grossetti, 2009, p 150). Ainsi, une déscolarisation du fait de troubles psychiques peut être considérée comme une bifurcation biographique. Pour autant, cela ne veut pas dire que le jeune ne sera plus jamais scolarisé au cours de sa vie.

Un autre élément de définition des bifurcations, comme le laisse entendre le sens commun de ce terme, c'est qu'elle amène à reconsidérer les chemins que la personne va prendre. Ce sont des moments critiques de révision de l'avenir et de changement de statut social. C'est ce qu'a théorisé

Anselm Strauss dans ces travaux sur les trajectoires de malades en psychiatrie. « *Il s'agit de moments du développement d'un individu où il faut faire le bilan, réévaluer, réviser, revoir et juger à nouveau. Bien que cet inventaire soit considéré comme une affaire personnelle, il s'agit évidemment d'un processus socialisé et socialisant. Les formes d'incidents qui précipitent la remise en question d'une identité ont de larges chances de se produire et d'avoir la même signification pour d'autres personnes appartenant à la même profession ou classe sociale* » (Strauss, 1992, p. 106). Ainsi, si l'expérience des troubles psychiques et son interprétation apparaît comme singulière aux individus, elle est en fait partagée par une communauté d'individus, que ce soit des prédécesseurs comme des successeurs.

Bien qu'étant proche d'auteurs privilégiant le concept de trajectoire (comme par exemple Anselm Strauss), nous choisissons d'utiliser le terme de parcours au sens où, comme le souligne Claire Bidart, la notion de trajectoire peut induire « une vision ordonnée, balisée et prévisible » (Bidart, 2006, p 30). Le terme de parcours, en revanche, intègre l'idée de ruptures et de changements de cap, telle que nous l'observons dans la biographie des jeunes avec des troubles psychiques.

2.1.2 Les entretiens biographiques, une approche compréhensive

Si le traitement de matériaux biographiques est d'une très grande richesse à de nombreux égards, il pose également de redoutables questions méthodologiques, dont deux nous ont particulièrement préoccupée : les manipulations et limites de la mémoire et les formes de « scénarisation » du récit de leur vie par les acteurs, pour présenter une chronologie cohérente (Bourdieu, 1986, Bertaux, 1980) et de ne pas « perdre la face » (Goffman, 1975). Le récit de la personne est fait de manière à expliquer la situation dans laquelle elle se trouve, ce qui l'amène à sélectionner ce qu'il présente, à mettre en lumière certains faits et à en cacher d'autres. Le temps présent influence la manière de raconter le passé, « *l'instant du récit imprime alors sa marque au parcours, qui s'ordonne en référence à cette fin* » (Bidart, 2006). Nous avons pu constater cette mise en récit de soi lors des entretiens avec les jeunes et les parents. En effet, plusieurs d'entre eux ont comparé notre rencontre, l'entretien sociologique, à un échange avec leur psychologue ou un autre professionnel du champ de la santé mentale. Lou exprime bien ces difficultés lorsqu'elle nous dit :

« C'est chiant après de se souvenir de tout exactement, quand est-ce que tout est arrivé c'est, c'est pas facile hein, franchement ; en plus ma vie ce n'est pas un bouquin que j'ai lu quoi! Du coup, je suis obligée de m'en souvenir quand même ; si tu ne t'en souviens pas, ça fait un peu tache! J'essaye au maximum d'avoir une chronologie. Mais le fait que j'en parle quand même assez régulièrement, enfin assez régulièrement, c'est assez relatif aussi, mais ça me permet aussi

de l'entretenir ça, et puis comment raconter aussi. Par exemple, la prochaine fois je ne raconterai pas ça comme ça quoi! » (Lou, 23 ans)

Si Lou nous dit qu'il lui est difficile de se souvenir précisément de tous les détails de son parcours, son récit nous paraît d'une grande fluidité. Elle présente plusieurs étapes de son parcours, en insistant sur des moments de basculement, nous raconte des événements qui expliquent des changements de positionnement, de statut, etc. D'autres jeunes encore sont très précis sur les dates, allant jusqu'à nous donner le jour exact d'événements marquants.

Notre entrée par les prises en charge dans le champ de la santé mentale donne une spécificité particulière à notre population d'enquête. Ils sont habitués à mettre en récit leur vie et à choisir les éléments qu'ils vont présenter à des fins stratégiques. Maeva nous raconte ainsi sa posture différente en entretien, selon qu'elle parle au psychologue de son unité d'hospitalisation ou à ses enseignants du service de scolarité de la clinique où elle se trouve :

« Quand on va parler avec un psychologue, on va raconter toute notre vie ; on va tout déballer et au final ça finira par, bah oui, par rapport à ce que tu m'as dit, soit on garde tel anxiolytique, soit on va les changer. Enfin, chaque chose qu'on dira, ça jouera sur notre traitement déjà. Ça jouera aussi sur le fait de rester plus ou moins longtemps en hospitalisation ou d'être hospitalisé ou non si on ne l'est pas. Enfin, ça joue sur pas mal de trucs ; donc on se dit : est-ce que j'en parle, est ce que j'en parle pas ? Que là [dans le service de scolarité de la clinique], on peut se livrer vraiment entièrement, du moment que ça ne nous met pas en danger, rien ne sera dit.

Cette caractéristique de nos entretiens n'est pas spécifique au public du champ de la santé mentale. Cela se retrouve pour toutes les populations vulnérables, pour qui dans un contexte où la logique d'activation domine dans les politiques publiques, l'injonction biographique est très forte (Duvoux, 2009). C'est ce que montre également Léa Lima dans sa recherche sur les politiques sociales de jeunesse (Lima, 2016). Elle observe notamment dans une commission d'attribution du fond d'aide aux jeunes, le poids de la présentation des jeunes dans les décisions d'aide.

Ces caractéristiques, à la fois de notre population d'enquête et de la recherche sur les parcours, amènent certains biais potentiels dont nous avons bien conscience. Concernant le biais lié aux enjeux de la confiance pour le jeune de certains éléments de son parcours, nous espérons l'avoir en partie réduit, en nous présentant comme indépendante et autonome des professionnels, d'une part, et respectueuse du maintien de l'anonymat, d'autre part. Toutefois, il serait naïf d'imaginer que ce biais puisse être complètement évité. Les jeunes rencontrés restent conscients au cours de l'entretien du poids de leur parole. Plusieurs d'entre eux nous ont par exemple indiqué avoir arrêté un traitement

médicamenteux, sans demander l'avis à leur psychiatre, en nous disant « je ne devrais peut-être pas dire ça, mais... ».

Nous considérons ces biais comme étant également inhérents au processus de formation qu'est la recherche doctorale. Dans le cas où nous aurions l'occasion de mener une autre recherche sur les parcours de vie, nous procéderions autrement, forte de cette expérience de thèse et de ses apprentissages. Nous tenterions par exemple de réaliser un suivi longitudinal des jeunes, en effectuant des entretiens répétés sur plusieurs années.

Malgré ces limites, les entretiens biographiques sont également très riches en matériau. Les autres enquêtes que nous avons effectuées viennent également limiter les éventuels biais présentés. En effet, pour les jeunes rencontrés dans le cadre du service de scolarité de la clinique¹⁰, nous avons pu observer une partie de leur parcours en train de se dérouler, puisque nous avons passé cinq mois dans la structure. Pour les jeunes que nous avons rencontrés par le biais de la mission locale, nous avons pu compléter les informations données par les jeunes avec celles recueillies par leurs conseillers de missions locales. Dans les deux cas, nous avons pu observer une période du parcours de jeunes et les négociations en cours concernant, d'une part, leur scolarité et, d'autre part, leur insertion professionnelle, en cumulant les entretiens biographiques, entretiens avec les professionnels et nos observations.

Dans ce contexte spécifique à nos matériaux et à ses conditions de recueil, nous avons choisi d'adopter une posture principalement compréhensive des événements vécus par les jeunes. C'est-à-dire que nous nous sommes efforcée de considérer ce qui constitue un événement pour les acteurs et le sens qu'ils lui donnent. Malgré les biais potentiels évoqués concernant les entretiens biographiques, nous accordons beaucoup de valeur à ces matériaux et à l'expérience dont ont témoigné les jeunes. Du fait de notre approche du terrain, par les institutions de prise en charge, notre posture oscille parfois entre ce que Marc Bessin, Claire Bidart et Michel Grossetti qualifient de narrativisme compréhensif et de narrativisme discursif (Bessin, Bidart, Grossetti, 2009, p.33). En effet, nous intéressent plus particulièrement aux épreuves sociales que sont la scolarisation et l'insertion dans l'emploi, et effectuant nos terrains dans des dispositifs de ces champs, nous avons cherché à repérer dans les discours des jeunes des références aux événements qui leur sont relatifs. Dans les deux cas, notre posture est subjectivante : la « réalité » sociale est celle que nous décrivent les jeunes. Ainsi, ce qui peut constituer une rupture de parcours pour un jeune, peut-être considéré par un autre comme étant une forme de continuité biographique. Par exemple, si certains jeunes envisagent les difficultés

¹⁰ Nous présentons en détail dans le point suivant (point 2.2) l'ensemble des enquêtes réalisées.

d'insertion dans l'emploi comme une rupture, qui les freine dans leurs possibilités d'avoir des ressources, de quitter le domicile familial, de poursuivre leur vie telle qu'ils l'avaient imaginée, pour d'autres jeunes le fait de ne pas s'insérer immédiatement après leur scolarité dans l'emploi rentre dans le cadre d'une période de construction de soi, de réflexion sur son avenir, qu'ils avaient imaginé.

2.1.3 Analyser les ingrédients du cheminement

Notre approche des parcours de vie articule les différents déterminants en jeu dans le cheminement social des individus. En effet, comme le dit Claire Bidart, *“le parcours biographique se construit avec des héritages, des systèmes de ressources, des contraintes, des contextes, des réseaux... pour une part inscrits dans des temporalités plutôt longues. Mais il se construit aussi de façon plus aiguë dans certains moments-clés, des moments de crises (accélération, imprévisibilité...), des moments où les jeunes se trouvent devant un carrefour leur offrant des possibilités alternatives où ils peuvent prendre telle voie ou telle autre et construisent donc un processus de décision”* (Bidart, 2009, p 225-226). Jean Claude Passeron insiste plus encore sur l'interaction entre les variables individuelles et les variables sociales en jeu dans les parcours : *« Le pas décisif accompli dans cette carrière apparaît comme le produit logiquement croisé d'une décision subjective (transaction, négociation, conflit, abstention) et de l'objectivité d'une contrainte de cheminement (cursus préétabli dans une institution). »* (Passeron, 1990, p20). Dans cette perspective, nous souhaitons regarder ces différentes variables, structurelles et individuelles, en analysant la manière dont elles se conjuguent, dans leurs différentes temporalités et façonnent les parcours.

Nous nous intéresserons à la dimension macrosociale de notre objet en regardant la manière dont les politiques publiques, dont font l'objet les jeunes avec des troubles psychiques, peuvent influencer leur parcours. Dans cette relation, nous étudierons également comment les parcours sont pensés dans les politiques publiques. C'est en effet une caractéristique importante de celles-ci, que de se structurer non plus autour de collectifs, mais des biographies individuelles (Duvoux, 2009). Jacques Donzelot analyse ces évolutions non pas comme un recul de l'Etat social, mais comme une recomposition de son rôle (Donzelot, 2008).

C'est le cas, par exemple, pour les politiques sanitaires et médico-sociales, qui mettent aujourd'hui les individus au centre de leurs actions et planifient des parcours d'usagers (Bloch, Hénaut, 2014). Cette transformation est particulièrement présente dans le champ de la santé mentale. La prise en charge des malades mentaux s'est longtemps faite dans des asiles, institutions contrôlant tous les aspects de la vie des personnes, et sur une temporalité longue, parfois la vie entière. Goffman a ainsi

qualifié les asiles d'institutions totales, au même titre que les prisons. Il a décrit avec beaucoup de précision le contrôle social opéré par les politiques publiques sur la vie des malades psychiatriques. « *C'est une caractéristique fondamentale des sociétés modernes que l'individu dorme, se distraie et travaille en des endroits différents, avec des partenaires différents, sous des autorités différentes, sans que cette diversité d'appartenances ne relève d'un plan d'ensemble. Les institutions totalitaires, au contraire, brisent les frontières qui séparent ordinairement ces trois champs d'activité ; c'est même là une de leurs caractéristiques essentielles* » (Goffman, 1968, p 47). Les travaux d'Erving Goffman, comme ceux de Michel Foucault ou de Robert Castel, publiés au cours des années 1960-1970, s'inscrivent dans un même courant de critique du fonctionnement psychiatrique, porté également du côté des professionnels. Ces analyses et ces mouvements d'idées ont mené au cours des années 1970 à une réorganisation de la psychiatrie autour de secteurs, censés améliorer l'insertion des personnes malades dans la cité. Le nombre d'hospitalisations de longue durée a baissé et de nombreuses structures de prise en charge alternatives se sont développées. Mais cette réorganisation a engendré une nouvelle problématique de coordination des acteurs de la prise en charge des personnes. Nous reviendrons plus en détail sur ce passage de l'histoire de la psychiatrie dans la première partie de cette thèse. Cette problématique est toujours très présente dans le champ de la santé mentale et du handicap, comme en attestent le rapport de Denis Piveteau et la mission confiée à Anne-Sophie Desaulle en 2014 (Piveteau, 2014, Desaulle, 2014).

Les politiques sociales sont un autre exemple de l'intérêt pour les biographies individuelles. L'idée de mobilisation est centrale dans l'action sociale contemporaine. « *Il faut remettre en mouvement les individus, rendre donc mobiles ceux qui se trouvent retenus par l'exclusion en deçà des circuits de la société, mobiliser la société civile pour suppléer aux carences de l'État, réunir enfin les camps politiques opposés autour de valeurs consensuelles comme celle, justement, de cohésion sociale.* » (Donzelot, 2008, p 51). L'action publique se dote de nouveaux outils pour mettre en œuvre cette logique d'activation, comme par exemple la contractualisation. Le principe d'activation qui guide l'action publique fait l'objet de nombreuses critiques. En effet, il génère de grandes inégalités et fait peser sur les individus la responsabilité de leurs difficultés d'insertion, sans considérer le contexte social et économique qui le génère. Pour Nicolas Duvoux, qui s'inscrit dans cette perspective critique, « *la reconnaissance des individus doit-être non seulement verbale mais effective et l'étayage social des capacités individuelles se substituer à la responsabilité individuelle, sur laquelle le discours social comme les dispositifs d'action publique insistent de plus en plus* » (Duvoux, 2009, p121). Cette analyse montre le poids des politiques sociales sur les individus.

Au-delà des normes et valeurs qu'elles portent, les politiques publiques marquent les parcours en conditionnant l'accès aux droits à des critères d'âge ou encore de situation sociale. Dans son travail de recherche comparée sur les parcours du devenir adulte dans différents pays européens, Cécile Van de Velde montre le poids de ces politiques sur les représentations de cette période, en interaction avec les ressources et contraintes structurelles des jeunes (Van de Velde, 2016).

Dans notre recherche, nous regardons la manière dont les professionnels de terrain se saisissent des outils des politiques publiques et mobilisent les normes et valeurs qui leurs sont associées. Nous considérons les « *politiques publiques comme des matrices cognitives et normatives constituant des systèmes d'interprétation du réel, au sein desquelles les différents acteurs publics et privés pourront inscrire leur action* » (Muller et Surel, 2000, p.47). Ce descriptif des politiques publiques qui encadrent notre objet nous paraît donc indispensable à la contextualisation des interactions autour des parcours des jeunes. Cela nous permet, d'une part, d'identifier les chemins institutionnellement pensés et leurs cadres moraux et, d'autre part, d'observer la manière dont les acteurs se les représentent et s'en saisissent. Par acteurs, nous entendons ici les professionnels de terrain, les jeunes et leurs proches.

Nous mobilisons dans cette thèse une approche constructiviste (Berger, Luckman, 1986) pour étudier la manière dont se déroule la qualification des troubles et du handicap psychique. Pour cela, nous nous intéressons particulièrement à la dimension temporelle des diagnostics. Rappelons ici qu'il ne s'agit pas de nier l'existence de troubles, mais d'observer les conditions qui mènent à leur catégorisation (informelle par les proches et formelle par des institutions de prise en charge). Nous nous inscrivons dans la lignée de travaux montrant le poids de déterminants sociaux sur la construction de diagnostics médicaux. Ainsi, les travaux de Stanislas Morel mettent en lumière le processus de médicalisation de l'échec scolaire (Morel, 2014). Dans la même logique, Sandrine Garcia a travaillé sur la manière dont le diagnostic de dyslexie peut être utilisé dans un contexte de difficultés d'apprentissage de la lecture, opérant une médicalisation, « *c'est-à-dire la naturalisation des différences sociales, des stigmates sociaux* » (Garcia, 2013, p11). Dans son travail sur « la petite noblesse de l'intelligence » le diagnostic de « haut potentiel », Wilfried Lignier identifie une importante dimension sociale dans la mobilisation de cette étiquette : ce sont en grande majorité des enfants issus de milieux très diplômés et appartenant depuis plusieurs générations à des milieux favorisés, avec un fort capital économique (Lignier, 2012). Quel que soit le milieu social, les garçons sont surreprésentés parmi les élèves « à haut potentiel », puisqu'ils représentent 75% des enfants enquêtés. Les pratiques en matière de diagnostic de haut potentiel sont situées selon le genre et le milieu social : de même que l'on n'envisage pas nécessaire de faire passer des tests à une enfant issue de milieu populaire, il

est jugé moins pertinent de tester une fille par rapport à un garçon. Wilfried Lignier montre comment les très bons résultats scolaires des filles sont en effet pensés comme relevant de leur travail scolaire, tandis que ceux des garçons sont qualifiés comme relevant d'une spécificité psychologique.

Nous nous intéresserons également à la manière dont le handicap psychique et sa reconnaissance institutionnelle sont construits socialement. Romuald Bodin, déjà évoqué précédemment, montre comment le handicap est qualifié et construit dans un rapport d'écart à une norme institutionnelle (Bodin, 2018). Son travail révèle également des inégalités dans la reconnaissance d'un handicap selon le milieu social d'origine : « *37,5% des personnes bénéficiant d'une reconnaissance de handicap appartiennent en effet à la catégorie des ouvriers ou anciens ouvriers, alors que celle-ci ne représente que 23% de la population française de plus de 25 ans. A l'inverse, les cadres et professions libérales ne sont que 5,9% à être concernés par le handicap-, alors qu'ils représentent 15% de la population active. L'inversion des proportions est statistiquement très significative. [...] Cette inégale distribution des risques concerne toutes les catégories socio-professionnelles et respecte parfaitement la hiérarchie des positions sociales* » (Ibid, p 69-70). En étudiant le statut social de départ par rapport à celui d'arrivée (au moment de la reconnaissance du handicap), Romuald Bodin montre que cette inégalité face au handicap est bien présente dès le début de la vie. Ainsi réfute-t-il l'idée du handicap comme « coup du sort » pour les individus (Ibid, p71). Ces inégalités varient également selon le type de handicap. Ainsi, alors que l'écart entre le taux d'enfants issus de milieux défavorisés et très favorisés est de 26,2 points pour les troubles du langage, auditif, visuel, viscéral, moteur, il est de 53,2 points pour les troubles intellectuels et cognitifs et de 34,5 pour les troubles psychiques.

Concernant la construction de ces catégories, nous nous intéresserons au poids de l'offre institutionnelle dans ce processus. Dans ses recherches sur la circulation de jeunes au sein d'institutions médico-sociales, Hervé Henry montre la manière dont les diagnostics se construisent selon l'offre institutionnelle disponible sur le territoire (Henry, 2020). De la même manière, nous réinterrogerons l'échelle macro-sociale, celle de la constitution d'une offre publique en réponse à un problème mis à l'agenda politique. Nous nous interrogerons sur le lien entre l'offre de prise en charge et les demandes.

Dans le cadre de cette analyse de l'action publique à destination des jeunes avec des troubles psychiques, nous regarderons également la manière dont les professionnels s'approprient, transforment, utilisent les outils et principes de leurs structures. Nous regarderons les marges de manœuvre des professionnels et la manière dont cela influence la négociation dans les recours aux droits et les parcours des jeunes.

Au-delà de ces phases spécifiques de catégorisation dans les parcours des jeunes, nous nous intéresserons à la trajectoire générale qu'ils empruntent à partir du moment de l'identification des troubles. Pour cela, nous nous appuyons sur les travaux interactionnistes sur les trajectoires de maladies chroniques. Il existe en effet certaines similitudes entre les troubles psychiques et les maladies chroniques. Ce sont des maladies pour lesquels les connaissances disponibles sont incertaines et limitées et qui ne guérissent pas (Baszanger, 1986, p 3). Isabelle Baszanger définit deux traits communs à la diversité des situations que représentent les maladies chroniques : leur durée, puisqu'elles s'étalent sur toute la vie (« *la maladie ne peut donc constituer une parenthèse même pénible dans la vie privée et sociale des personnes malades et de leur entourage* » (Ibid, p4)), et le problème qu'elles posent en terme de gestion. En effet, elles impliquent un autre mode de réponse que les maladies curables ou mortelles, en cela qu'il faut les gérer au quotidien. Cette nouvelle organisation implique non seulement le corps médical et les malades, mais aussi leurs proches, leur lieu de travail, etc. Si les maladies psychiques peuvent être décrites comme des maladies chroniques, il n'en est pas de même pour les troubles, qui peuvent aussi être passagers. Toutefois, l'issue des prises en charge qu'ils nécessitent est incertaine (en termes de guérison ou de chronicisation). Il nous paraît donc approprié de reprendre le concept de négociation développé dans la sociologie d'Anselm Strauss (dont Isabelle Baszanger est la traductrice en français) à propos des maladies chroniques.

Pour Anselm Strauss « *le terme de trajectoire fait référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute « l'organisation du travail* » [en italique dans le texte] *déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués* » (Strauss, 1992, p 143). Cette organisation du travail, qui implique tant les professionnels que les malades et leurs proches, fait l'objet de négociations entre ces différents acteurs. L'analyse de ces négociations constitue une part importante de cette recherche. Nous nous intéressons notamment aux enjeux de pouvoir dans ces négociations et en particulier à la manière dont les différentes ressources des jeunes et de leurs proches marquent l'interaction avec les professionnels.

2. 2 Méthodologie de l'enquête

2.2.1 Une approche locale

Nous avons utilisé dans cette thèse des méthodes de recherche relevant de la sociologie et de l'ethnographie. Nous avons décidé de centrer nos terrains d'enquête sur une même ville, que nous avons nommé Villeroze. L'intérêt de cette approche locale est de pouvoir comprendre, décrire et analyser finement le plus grand nombre possible d'acteurs en présence, l'histoire et la culture du territoire, ses caractéristiques socio-économiques et la manière dont toutes ces variables interagissent

et influencent l'orientation des parcours des jeunes. La comparaison de plusieurs territoires aurait été intéressante pour mettre en lumière le poids de ces variables territoriales sur les parcours de vie des jeunes, mais étant donné l'ampleur de notre objet de recherche, impliquant une circulation entre plusieurs institutions, nous avons préféré décrire finement ces interactions sur une localité. Nous présentons ci-dessous quelques caractéristiques sociales, économiques, démographiques et de santé du territoire choisi, sans toutefois entrer trop dans le détail, afin de ne pas nuire à l'anonymat de notre terrain (nous y reviendrons à la suite de cette section).

Villeroze est une métropole française. Elle est située dans un département dont les difficultés économiques sont modérées. Le niveau de vie médian du département et de Villeroze sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale. En revanche, l'indice d'inégalité¹¹ de Villeroze est supérieur à la moyenne nationale. Le taux de pauvreté y est supérieur à la moyenne nationale, tandis que la part des 10% les plus riches de la Ville est également supérieure à la moyenne nationale. Le taux de chômage est également supérieur à la moyenne nationale¹². D'un point de vue démographique, Villeroze est une ville jeune, qui concentre une population étudiante importante. Plus d'un tiers de sa population a entre 15 et 29 ans¹³. C'est une ville historiquement très dynamique en matière de politiques sociales. De nombreuses associations sont ancrées dans le territoire.

Concernant les indicateurs de santé et plus spécifiquement de santé mentale : le taux de suicide dans la région de Villeroze est un des plus importants de France. Les personnes jeunes représentent une part importante des taux de suicide et des tentatives de suicide. Le taux de prévalence des affections psychiatriques de longue durée de la région et du département dans lequel se situe Villeroze est supérieur également à la moyenne nationale, de même que le taux de prévalence des pathologies psychiatriques. En matière de ressources en santé mentale, le département est relativement bien doté, puisqu'il a plus de médecins généralistes, infirmiers et psychologues que la moyenne nationale et il a presque autant de psychiatres. Villeroze, chef-lieu du département, concentre une part importante de ces professionnels. Les données défavorables sur l'état de santé mentale de la population de la région en font une priorité de la politique de l'Agence Régionale de Santé. Villeroze a également un réseau associatif historiquement dynamique dans le champ de la santé mentale, bien que le contexte politique et budgétaire semble affaiblir une partie de ces structures¹⁴.

¹¹ Indice Gini. Source : comparateur-territoires.fr

¹² Source Insee, Comparateur de territoires

¹³ Source : Insee. « Dossier complet » sur la commune, Données de 2016.

¹⁴ Par exemple, de nombreuses associations qui collaboraient ensemble nous ont indiqué avoir cessé ces collaborations à regret faute de budget pour dégager du temps à ce travail de coordination. Autre fait marquant pendant notre thèse, une association pourtant présentée comme clé par de nombreux acteurs locaux, historiquement très ancrée sur le territoire, a dû fermer pour raisons budgétaires au cours de

2.2.2 Circulation sur les terrains¹⁵

Pour retracer notre circulation sur nos terrains de recherche et les présenter, il nous faut retracer l'historique des financements de cette recherche.

Une fois la décision prise de se lancer dans l'aventure de la thèse, nous avons recherché un financement. Ayant un attrait pour la recherche en conventions industrielles de formation par la recherche (CIFRE)¹⁶, de par le cadre et l'accès au terrain que permet ce mode de financement, nous nous sommes rapprochée de différents acteurs qui nous paraissaient susceptibles de porter le dispositif : des associations de proches de personnes malades et des collectivités territoriales. C'est en premier lieu au sein d'une grande association que nous avons été accueillie pour un premier entretien de présentation du Cifre. Cette structure associative s'est montrée intéressée par notre recherche, et ce plus particulièrement à une échelle locale. Même si nous n'avons pas pu mettre en œuvre de contrat Cifre avec cette structure, celle-ci s'est montrée très impliquée pour nous soutenir dans notre démarche de recherche de financement et nous a permis de rentrer en contact avec d'autres acteurs du sujet à une échelle locale. Cette alliance avec une association de proches nous a permis de rencontrer des parents de jeunes avec des troubles psychiques. Toutefois, étant donné la moyenne d'âge élevée des enfants des parents adhérents à l'association, nous n'avons réalisé qu'un petit nombre d'entretiens de ce type (six).

Nous avons également été introduite par ce biais dans un groupe de travail porté par l'Agence Régionale de Santé, dont l'objectif était d'élaborer des préconisations pour améliorer les prises en charge des personnes en situation de handicap psychique. Afin d'intégrer le groupe, il nous a été demandé de présenter notre démarche et projet de recherche. Ce groupe de travail se réunissait tous les trois mois environ et réunissait des professionnels d'institutions accompagnant des personnes en situation de handicap psychique : Education nationale (médecin du rectorat, infirmière scolaire), administrateurs d'établissements d'accueil (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique, Institut Médico Educatif), responsables de clinique, psychiatres du secteur public, conseil départemental, mais

l'enquête. Le fonctionnement par appel à projet semble modifier le paysage des acteurs en santé mentale sur le territoire. Nous y reviendrons plus particulièrement dans le chapitre 6 de cette thèse.

¹⁵ Une présentation plus détaillée des structures au sein desquelles nous avons enquêté sera réalisée tout au long de la thèse, en fonction de la mobilisation des matériaux.

¹⁶ Les conventions industrielles de formation par la recherche (CIFRE) sont des dispositifs qui engagent un doctorant, une entreprise ou association et une école doctorale. L'association emploie un doctorant pour une durée de 3 ans, en échange de quoi elle reçoit une subvention du ministère de l'éducation supérieure et de la recherche, au moins équivalente à la moitié de la rémunération du doctorant. Ce dernier s'engage à réaliser à mi-temps un travail de recherche en lien avec son sujet de thèse pour la structure qui le finance.

aussi de représentants des usagers (Unafam, Fnapsy, GEM), etc. Les échanges de ce groupe se sont focalisés sur deux thèmes principaux. Le premier concernait l'entrée dans la maladie psychique, avec l'objectif d'améliorer la prévention et de faciliter le diagnostic précoce des troubles. Le second thème concernait l'évaluation des limitations d'activités inhérentes au handicap psychique. Nous avons adopté dans ces échanges une attitude d'observation, tout en repérant les enjeux de pouvoirs entre acteurs au sein de ce groupe. Grâce à cette enquête, nous avons pu recueillir la parole de professionnels sur les enjeux organisationnels dans le champ de la santé mentale et observer les rapports de force entre acteurs dans la négociation de préconisations politiques.

Nous avons également échangé avec de nombreux professionnels grâce à cette association de proches, qui cherchait une institution pour cofinancer la recherche. Ainsi avons-nous rencontré des psychiatres, professionnels de l'ARS en charge de la santé mentale ou encore la direction de la MDPH du territoire. Tous ces professionnels ont fait un bon accueil à notre démarche de recherche. Ces premiers contacts ont été une opportunité pour ouvrir un des terrains de notre recherche, puisque la MDPH, si elle ne pouvait financer notre travail, a accepté que nous collaborions pour une enquête.

Après plusieurs mois de recherche de financement, nous avons démarré une thèse, financée à 50% par la région de notre université d'inscription (contrat doctoral ARED), et à 50% dans le cadre d'un projet de recherche mené à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique avec le soutien de l'IRESP¹⁷. Ce projet dans lequel s'inscrivait la thèse s'intitulait « Handicap et troubles psychiques lors du passage à l'âge adulte : enjeux des diagnostics et filières de prise en charge ». Nous avons travaillé avec cinq chercheurs, sociologues et politistes : Arnaud Campéon, Lila Le Trividic, Claude Martin, Virginie Muniglia et Céline Rothé. Nous nous sommes particulièrement intéressés dans ce travail à l'impact des troubles sur la scolarité des jeunes. Nous avons décidé de partager le travail de la façon suivante : nous travaillions comme doctorante sur les dispositifs relevant du champ de la santé mentale et nos collègues sur ceux du milieu ordinaire. Ainsi ont-ils effectué des entretiens dans des établissements scolaires, collèges et lycées, tandis que nous entamions un terrain ethnographique dans un service de scolarité d'une clinique. Ce service de scolarité est dédié aux jeunes qui ont décroché de leur scolarité du fait de troubles psychiques¹⁸. Le suivi psychiatrique est une condition d'entrée dans le dispositif. Nous avons dans ce cadre effectué des entretiens avec 18 jeunes, dont 8 que nous avons vus quotidiennement pendant plusieurs mois puisque nous étions en immersion dans leur classe. Nous avons également effectué des entretiens avec des professionnels de la structure : enseignants,

¹⁷ Projet financé par l'Institut de Recherche en Santé Publique, sous la responsabilité scientifique de Claude Martin.

¹⁸ Pour une description détaillée de ce service, voir chapitre 5.

direction, auxiliaires à la vie scolaire, Conseiller principal d'éducation, Conseiller d'orientation psychologue, psychologue, psychiatre.

Nous avons ensuite réalisé des entretiens avec des professionnels d'autres structures dans lesquelles les jeunes étaient susceptibles de passer : GEM, SAMSAH, SAVS, service des urgences de l'hôpital, unité d'hospitalisation pour adolescents, centre de post-cure en psychiatrie, MDA, association de tutelle, association d'hébergement de personnes vulnérables, service handicap de l'université¹⁹. Nous y avons interrogé les professionnels sur le public jeune qu'ils accueillent, leur circulation dans la structure, parcours, critères pour d'accompagnement, etc. L'idée était de compléter notre tableau local de l'offre d'accompagnement et de croiser les regards entre les propos des professionnels et ceux des jeunes qui avaient pu y passer.

Confrontés de nombreuses fois au diagnostic de phobie scolaire, nous sommes entrée en contact avec une association de proches et personnes phobiques scolaire. Nous avons pu observer deux groupes de paroles de proches, qui faisaient le récit du parcours et de l'expérience de jeunes ne pouvant plus aller à l'école. Nous n'avons pas creusé cette piste, n'ayant pas de relai sur notre terrain de recherche de cette association nationale. Mais ces observations, mise en regard de nos matériaux traitant de la phobie scolaire, donnent des pistes de recherche prometteuses pour de futurs travaux.

Nous avons également réalisé une enquête à la MDPH, à partir de dossiers de demandes de compensation liées à des difficultés psychiques, pour des personnes ayant entre 11 et 30 ans. Nous avons étudié 68 dossiers. L'exploration des demandes et de leur traitement vient compléter les informations recueillies lors d'entretiens, sur le processus de reconnaissance du handicap. Cette enquête apporte des informations sur les motifs sociaux des demandes²⁰.

Nous arrivions à ce stade de la recherche, à la fin du financement de notre thèse. Nous avons à la suite de ce projet travaillé sur une nouvelle recherche, au sujet de l'insertion dans l'emploi de jeunes avec des troubles psychiques²¹. Ce nouveau projet très complémentaire avec les travaux que nous avons mené jusque-là nous a amené, à explorer une norme sociale de la période du passage à l'âge adulte : l'insertion dans l'emploi. Nous avons travaillé principalement en collaboration avec la mission locale de Villerose pour réaliser le recueil de matériaux de cette recherche²². En effet, nous nous intéressions au processus de reconnaissance du handicap, y compris aux incertitudes quant à la

¹⁹ Pour plus de précisions sur l'ensemble des entretiens réalisés et les statuts des enquêtés, voir annexe 1.

²⁰ Pour plus de détails sur l'enquête MDPH, voir encadré dans le chapitre 4.

²¹ Projet financé dans le cadre d'une convention de recherche entre l'EHESP et le FIPHP. Nous avons travaillé dans cette recherche avec Céline Rothé, responsable scientifique de l'axe sur le handicap psychique.

²² Pour plus de détails sur l'enquête en mission locale, voir chapitre 6.

demande. La mission locale reçoit des jeunes en difficulté à l'égard de l'accès à l'emploi, dans une perspective généraliste, et accueille donc aussi des jeunes souffrants de troubles psychiques. Nous avons cherché à comprendre la manière dont, d'une part, les troubles psychiques impactent l'insertion dans l'emploi et, d'autre part, les spécificités des accompagnements pour cette population de jeunes et enfin, la manière dont la mission locale était amenée à orienter des jeunes vers une reconnaissance institutionnelle de handicap. Nous avons, par le biais de la mission locale, rencontré dix jeunes avec lesquels nous avons réalisé des entretiens. Nous avons également effectué 8 études de cas de jeunes, identifiés grâce à leurs conseillers. Ces jeunes nous ont raconté leurs parcours. Bien que les contacts aient été effectués avec une approche centrée sur l'insertion dans l'emploi, nous avons réalisé des entretiens biographiques, explorant également la scolarité, les liens familiaux et amicaux, la santé, etc. Nous avons également échangé avec les professionnels de mission locale qui ont accompagné ces jeunes sur leur parcours et la manière dont ils ont travaillé avec eux. Enfin, nous avons réalisé de nombreux entretiens avec des professionnels qui nous ont parlé de parcours de jeunes et de leurs pratiques d'accompagnement.

Dans le cadre de cet axe de recherche sur l'insertion dans l'emploi, nous avons également rencontré des structures travaillant à l'insertion dans l'emploi de personnes avec des troubles et/ou un handicap psychique, nécessitant une reconnaissance institutionnelle par la MDPH ou non. Ces structures sont pour la plupart des associations spécifiques à notre terrain de recherche, ou d'autres présentes à l'échelle nationale telle que Cap Emploi ou des ESAT. Ayant de bons contacts dans un ESAT nous y avons effectué plusieurs entretiens avec des professionnels et réalisé deux entretiens biographiques supplémentaires avec des jeunes. Enfin, nous avons rencontré deux jeunes par le biais de réseaux personnels, un autre à l'occasion d'un événement sur le phénomène Hikikomori et enfin un dernier via une association sur la phobie scolaire.

Pour cette thèse, nous avons pu bénéficier de l'ensemble des matériaux recueillis dans les deux recherches collectives auxquelles nous avons participé et exprimons ici toute notre reconnaissance envers nos collègues, et en particulier à Céline Rothé auprès de qui nous avons beaucoup travaillé et appris. Au total, nous disposons de trente-neuf entretiens biographiques avec des jeunes, six avec des parents et de cent un entretiens avec des professionnels²³.

²³ La liste détaillée des personnes rencontrées est disponible en Annexe 1 de la thèse.

2.3 Enjeux éthiques

2.3.1 Anonymat et confidentialité

La question de l'anonymat a constitué une préoccupation centrale mais a aussi soulevé de nombreuses difficultés. Afin de préserver l'anonymat des institutions et des personnes rencontrées au cours de cette recherche et la confidentialité de leurs propos, nous adoptons plusieurs précautions dans la restitution des résultats. Nous distinguons l'anonymat, qui consiste à maintenir le secret de l'identité d'une personne ou d'un lieu, de la confidentialité qui concerne, elle, le secret de la parole. Si la recherche sociologique, ethnographique, rapporte les paroles et actes de ses enquêtés, personne d'autre que le chercheur n'est censé identifier les enquêtés et leur associer des propos.

Pour préserver l'anonymat et la confidentialité, nous adoptons tout d'abord une stratégie classique en sciences humaines, qui consiste à modifier tous les noms des structures, personnes, localités. Pour fluidifier la lecture, nous échangeons le nom des personnes avec d'autres noms inventés. Ces modifications sont consignées dans une base de données en l'unique possession de la chercheuse. Nous ne donnerons pas non plus de dates précises concernant la temporalité de l'enquête, seulement des jalons utiles à l'analyse et pour situer les résultats dans leur contexte social, politique, économique. En effet, des dates précises associées aux éléments de parcours de jeunes pourraient faciliter la reconnaissance des jeunes par les professionnels qui les ont accompagnés.

Pour aller plus loin dans la précaution d'anonymisation, nous appliquons également la méthode présentée par Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman (Béliard, Eideliman, 2008), qui consiste à changer certaines données sociologiques des personnes, non pertinentes pour la compréhension du sujet, de façon à avoir des cas « socialement faux » mais « sociologiquement justes » (Weber, 2008). L'enjeu majeur étant qu'aucun enquêté ne puisse être reconnu par un proche (parent, ami) ou un professionnel, afin de respecter le contrat de l'entretien et de préserver leur liberté de parole. Concernant les jeunes, nous avons modifié de façon non systématique des éléments descriptifs tels que leurs passions, lorsque cela ne faussait pas l'analyse sociologique. Concernant les proches, c'est-à-dire principalement des parents, nous avons modifié le genre de leur enfant, de façon non systématique. Pour les professionnels rencontrés, nous avons changé de manière non systématique toujours, leur genre. Nous n'avons pas modifié les données concernant l'âge des jeunes ni leur âge d'entrée dans les institutions. Afin de ne pas nous perdre nous même dans ces modifications, nous avons systématiquement noté ces changements dans un document numérique enregistré sur l'ordinateur de la chercheuse.

Au cours de l'enquête, nous avons eu accès à des données concernant les personnes par des institutions de prise en charge. Afin de formaliser notre engagement éthique, nous avons passé des conventions de confidentialité tripartites entre l'établissement d'accueil, la chercheuse et son établissement administratif, l'EHESP. Ces conventions encadraient les types de données recueillis et les modalités de recueil. Elle garantissait que nous étions soumis aux mêmes règles de confidentialités que les personnels et stagiaires des structures. Elles nous engageaient à ne sortir aucune information nominative de la structure d'accueil.

2.3.2 Impact du travail de recherche et de sa restitution

Une de nos préoccupations majeures, dès le début de la recherche, a concerné l'impact de notre travail sur nos enquêtés et leurs proches. Nous avons abordé dans le point précédent nos précautions concernant l'anonymat et la confidentialité des données, dont les enjeux majeurs sont de respecter la vie privée des personnes rencontrées, mais aussi de limiter autant que possible l'impact de la recherche sur le milieu enquêté.

Ainsi, il s'agit d'éviter qu'une personne puisse identifier les propos d'un tiers sur elle-même (par exemple, qu'un jeune identifie les propos d'un de ses enseignants sur son parcours scolaire). Tout en prenant en compte la forte possibilité qu'une personne, malgré les efforts d'anonymisation du chercheur, se reconnaisse, il s'agit de protéger et respecter tout enquêté et de penser ainsi à l'impact potentiel des propos retranscrits.

Il s'agit également de penser à l'impact de la réalisation de l'enquête elle-même et de ses méthodes sur les personnes. Enquêter sur les troubles psychiques, interroger des parents et des jeunes confrontés à des situations souvent douloureuses, peut s'avérer un exercice éprouvant. Le récit de vie et d'événements biographiques douloureux peut alors se trouver à la frontière « entre décence et indécence » (Eyraud, Vidal-Nacquet, 2010).

Pour limiter l'impact potentiellement négatif des entretiens sur les personnes, nous présentions nos principes déontologiques dès la première prise de contact afin de solliciter un entretien : anonymat ; confidentialité ; liberté de la personne à aborder ou non un sujet ; enregistrement confidentiel et si elle le veut bien ; liberté de mettre fin à l'échange dès que la personne le souhaite ; précisions sur la manière dont ces informations allaient nous être utiles pour notre travail. Nous présentions à nouveau ces informations au début de l'entretien. Ainsi, la personne pouvait, dès le premier contact, ne pas donner de suite favorable à notre demande. Au cours de la recherche, une petite dizaine d'entretiens avec des jeunes ont été programmés, mais n'ont pas eu lieu, car la personne

n'est pas venue au rendez-vous. Nous émettons l'hypothèse que ces rendez-vous manqués puissent être des changements de décision des personnes sur leur accord à réaliser un entretien. Dans certains cas, les jeunes nous ont recontactée pour reprogrammer un échange à un moment où ils se sentaient en meilleure forme.

Nous avons cherché à éviter autant que possible cette position « entre décence et indécence » au cours des entretiens. C'est pourquoi lorsque nous sentions que la situation devenait trop douloureuse pour les personnes, nous orientons la discussion vers une autre piste. Pour apprécier cela, nous avons été attentive aux signes de communications verbales et non verbales des enquêtés et à notre propre situation d'inconfort. Nous assumons cette part de subjectivité, car elle constitue une précaution éthique très importante pour nous. Dans certains cas les personnes ont semblé se saisir avec soulagement de ce nouvel objet de discussion. Dans d'autres cas, cela a permis un temps de répit pour les personnes qui sont ensuite revenues d'elles-mêmes vers la question douloureuse. L'idée de notre démarche était de proposer une échappatoire facile. L'adjectif « facile » à ici son importance. En effet, les personnes peuvent d'elles-mêmes changer de sujet lorsqu'elles le souhaitent (et certaines l'ont fait). Mais nous avons estimé que des enjeux implicites de pouvoir peuvent traverser la relation d'entretien, malgré nos précautions et efforts et rendre ainsi plus difficile cette opposition des enquêtés à répondre.

2.3.3 L'enjeu d'impartialité

Considérant que le travail de recherche n'est pas neutre, il nous paraît nécessaire de préciser notre positionnement critique et la manière dont cela a pu influencer notre enquête. En effet, si l'objectif de neutralité est illusoire, nous pouvons viser l'impartialité de notre travail. Cela nécessite de mettre au clair nos a priori. Pour nous aider dans cette démarche, nous avons utilisé dès le début de notre doctorat (dès la recherche de financement, même), de nombreux journaux de terrain.

Le journal de terrain a permis une prise de distance, également avec nos propres idées préconçues sur le sujet de la recherche et nos affects. Les récits souvent difficiles des jeunes, de leurs proches et des professionnels qui œuvrent au quotidien à leur côté, nous a, à plusieurs reprises, éprouvé émotionnellement au cours de la recherche. La rédaction dans le journal de terrain de nos affects (ainsi la colère, la tristesse et la sympathie nous ont bien souvent animée au cours du travail de terrain), nous a permis, d'une part, de comprendre ce qui nous agitait et, d'autre part, de prendre de la distance pour déconstruire nos préjugés et interpréter les données recueillies. Cet outil nous a ainsi aidé dans notre objectif d'impartialité, lorsque par exemple nous ressentions de la colère face à des situations

d'injustice sociale. Poser par écrit ce que ces observations créent comme émotions, nous a permis d'aller au-delà de nos ressentis et d'analyser, par exemple, les cadres moraux et les contraintes institutionnelles qui amènent les situations et les interactions observées.

L'analyse de nos peines et colères nous permet ainsi de poser nos a priori en tant que personne membre de la société que nous étudions, mais également en tant que sociologue s'inscrivant dans une perspective critique. Ainsi, nous étions particulièrement sensible aux situations d'inégalités liées aux origines sociales, aux situations de dépossession de soi des jeunes, aux injonctions à la compétitivité et à la performance, aux logiques d'activation méprisant la prise en compte des conditions sociales d'existence des jeunes.

2.3.4 Positionnement de la chercheuse sur les terrains

Il nous semble également important dans cette introduction de préciser nos positionnements sur nos terrains de recherche, car il s'agit d'un élément primordial pour comprendre à la fois le contexte de l'entretien pour les personnes rencontrées, mais aussi notre approche méthodologique.

Nous avons dans un premier temps effectué des entretiens exploratoires avec des professionnels, bien souvent à des places hiérarchiques élevées d'institutions qui nous paraissaient intéressantes pour notre recherche. Nous demandions à la fin de ces entretiens aux enquêtés de nous parler des structures avec lesquelles ils collaboraient et de nous donner des conseils de personnes à rencontrer. Nous avons ainsi adopté une méthode « boule de neige » pour dessiner le paysage local de notre recherche. C'est ainsi que nous avons été orientée vers le service de scolarité d'une clinique, acteur réputé du territoire, que nous connaissions par ailleurs de par nos investigations personnelles.

Nous avons dans un premier temps rencontré la direction de ce service puis les avons ensuite sollicités pour y réaliser une recherche plus approfondie. Nos interlocuteurs se sont montrés très ouverts à notre démarche de recherche. Nous avons ainsi pu y démarrer une enquête, en suivant une classe qui faisait sa rentrée dans le service. Nous avons d'abord été invitée à assister à une réunion d'information des parents de ces jeunes, nouveaux élèves. Au cours de cette réunion, nous avons été présentée aux parents comme une jeune chercheuse en sociologie de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique qui suivrait le déroulé de la session d'intégration, soit quatre mois. Une autre réunion avait lieu ce jour-là, avec les élèves. Nous n'avons pas été autorisée à y assister car, pour la direction, ces premiers temps de rencontre entre jeunes sont source de beaucoup de tensions. Ils ne voulaient pas que notre présence ajoute du stress aux jeunes ou vienne perturber le déroulement de leur travail. L'équipe de direction s'est montrée dès le départ très cadrante, quant à nos possibilités d'enquête,

afin d'éviter que notre présence ne puisse nuire aux jeunes. Par la suite, nous avons été invitée à revenir à partir de la deuxième semaine de cours. Notre positionnement était alors ambivalent : d'une part, nous ne souhaitions évidemment pas que notre présence et travail puisse avoir un impact négatif sur les jeunes, mais d'autre part, nous souhaitions aussi, dans une posture sociologique, interroger ce cadre posé par la direction.

Un événement tragique va bousculer notre positionnement et nous amener à accepter avec beaucoup moins de réserves ce cadre et les consignes posées par la direction du service. Le premier jour où nous avons été autorisée à rencontrer les jeunes et les suivre dans leur journée de classe, la direction de l'établissement nous a informée que nous ne pourrions pas être accueillies ce jour, car une partie de l'équipe enseignante se rendait aux funérailles d'un jeune, élève de la structure, décédé la semaine précédente du fait de ses troubles. Le choc et la tristesse diffuse dans tout l'établissement ce jour-là nous a affectée. Les jeunes que nous rencontrons peuvent être en danger de mort du fait de leurs troubles psychiques. Nous le savions dès le début de l'enquête, mais ce jour-là, ce fait a pris toute son ampleur. Cette journée va marquer de son empreinte toute la recherche. Par la suite, dès lors qu'un professionnel nous déconseillait de solliciter un jeune, du fait de son état psychique ou du risque de mise en péril de leur travail professionnel, nous l'avons toujours écouté.

Toutefois, nous avons essayé de rester attentive et ouverte aux sollicitations venues par d'autres biais. Ainsi, avons-nous compris par exemple, que cet enseignant qui vient nous voir dans une salle d'étude pour échanger avec nous de manière apparemment anodine, souhaitait nous donner un point de vue critique et divergeant de celui de la direction. Ou encore, nous avons accepté sans délai ni hésitations la demande d'entretien qui émanait directement d'une jeune, dans le couloir du lycée (celle-ci avait entendu parler de notre travail et souhaitait livrer son témoignage). Nous n'avons pas en amont demandé l'accord de la direction, nous écartant ainsi de notre principe de précautions et d'obéissance à la perception du risque par les professionnels.

Ces deux derniers exemples de contacts mettent en lumière une autre spécificité de notre positionnement sur ce terrain de recherche. Nous y avons passé plusieurs mois, nous y rendant cinq jours par semaine à plein temps. Notre présence est devenue familière. Pour ceux qui ne nous connaissaient pas, enseignants comme élèves, notre assiduité semblait passer inaperçue, à telle point qu'à plusieurs reprises, des enseignants nous ont demandé d'entrer dans leur salle, comme si nous étions un nouvel élève.

Notre âge au moment de l'enquête, éloigné de quelques années seulement de celui des jeunes que nous suivions, a été un autre élément important dans cette recherche. Nous étions au moment des

pauses, invitée par les enseignants à les suivre dans la salle des professeurs. Cela pouvait donc nous placer du point de vue des jeunes, du côté des professionnels et enseignants. Cela aurait pu les bloquer dans le fait de nous confier leur parcours et expérience du dispositif scolaire. Nous supposons que notre proximité en âge a pu jouer en notre faveur pour établir une relation de confiance et faciliter le déroulé des entretiens. Cet accueil chaleureux des enseignants dès le départ a pu limiter nos interactions avec les jeunes ou tout du moins les a influencés. Toutefois, nos échanges avec les jeunes nous ont indiqué que nous étions devenue une figure familière et bienveillante pour eux. Ainsi, plusieurs d'entre eux nous ont dit avoir accepté un entretien (après qu'il ait eu lieu) pour nous aider dans notre travail d'étudiante, car nous leur étions sympathique.

Nos alliances avec certains professionnels nous ont également amenée à négocier avec des rapports de pouvoirs propres à des configurations professionnelles locales dont nous n'avions pas conscience au départ de la recherche. Il nous a fallu sur certains terrains, préciser notre indépendance vis-à-vis de structures au sein desquelles nous avons passé un long temps d'enquête. C'est parfois lorsque nous étions présentée à un professionnel par un autre de nos enquêtés que la situation a pu porter à confusion. De plus, nous avons rencontré un certain nombre de professionnels dans le cadre d'une recherche de financement de type Cifre pour notre thèse. Certains de ces professionnels pensaient, lorsque nous les avons rencontrés à nouveau pour l'enquête, que nous travaillions pour une institution spécifique. Il nous a fallu lever ces confusions sur notre rattachement institutionnel au départ de plusieurs entretiens. Notre appartenance à la fois universitaire et à la fois à l'EHESP nous a aidée en cela, ces deux institutions jouissant d'un certain statut de neutralité.

Notre positionnement a été différent sur notre autre terrain de recherche, la mission locale. Nous avons adopté une démarche moins ethnographique pour mener cette autre enquête. Si nous y avons passé beaucoup de temps pendant plusieurs mois, nous y venions uniquement pour des entretiens programmés ou pour assister à des réunions d'analyse de situation. La mission locale est un service ouvert à tous les jeunes. Si une part importante de ce public rencontre des troubles psychiques, ce n'est pas le cas de tous les jeunes. Il ne nous a donc pas semblé opportun de réaliser le même travail d'observation que dans le service scolaire spécialisé en psychiatrie. Cela a de fait orienté notre positionnement vis-à-vis des jeunes. Nous les contactons par le biais des professionnels. Cela a pu induire, involontairement, une forme de sentiment d'obligation à accepter l'entretien pour le jeune dans le cadre d'une relation asymétrique aidant-aidé. Pour pallier à cela, les professionnels ont pris des précautions en présentant notre travail et démarche et en insistant bien sur le fait que l'entretien n'était en aucun cas une obligation ou intégré dans le suivi de la mission locale. Certains jeunes ont dans un premier temps accepté l'entretien puis ne sont pas venus. On peut imaginer qu'ils sont

revenus sur leur décision ou bien qu'ils n'avaient pas vraiment envie dès le départ de faire un entretien en plus de ceux qu'ils effectuent déjà dans le cadre de leurs démarches d'insertion. Pour une partie des jeunes rencontrés par la mission locale, leur bonne relation avec leur conseiller, voire même le sentiment des jeunes d'être redevable de ces professionnels qui les ont aidés, a influencé des réponses positives aux sollicitations pour nos entretiens. C'est ce que certains d'entre eux nous ont livré au cours de l'échange.

Ces échanges avec les jeunes et les professionnels, l'aide immense et la confiance qu'ils nous ont accordées, marquent également notre positionnement au moment de restituer les résultats de notre recherche. En effet, si dans le déroulé de l'entretien biographique, les personnes font une mise en récit des événements de leur vie et décisions qui leur a permis de « garder la face » (Goffman, 1968), nous avons également envie que ce soit le cas lorsque nous présentons leurs parcours dans cette thèse. Les choix d'écriture, le style, la sélection des événements, leurs agencements, tout cela donne une tonalité particulière aux parcours. Nous en avons conscience. De la même manière, nous nous trouvons parfois dans une forme de conflit de loyauté vis-à-vis des professionnels qui nous ont accueillie, lorsque nous présentons des éléments d'analyse qui ne vont pas forcément dans le sens de ce qu'ils défendent. Dans ce cas, nous pouvons avoir le sentiment de nous montrer « injuste » vis-à-vis des professionnels qui nous ont décrit tout leur dévouement et volonté d'aider les jeunes personnes qu'ils accompagnent. L'exercice de l'écriture amène un retour en force de l'enjeu d'impartialité. Ainsi, avons-nous tenté de toujours recontextualiser les interactions et décisions, pour donner des explications de celles-ci, sans que nos propos ne soient « à charge » pour les personnes.

Au-delà du travail de recueil de données et de rédaction, nous avons également cherché à restituer directement les résultats de nos recherches auprès des acteurs professionnels que nous avons rencontrés. Ainsi, avons-nous organisé dans le cadre des projets de recherche auxquels nous avons participé, des journées de restitution et de discussion de nos résultats. Nous accordons une grande importance à ces temps d'échanges, formes de contre-dons pour le temps et l'accueil que les professionnels nous ont réservés. Nous aurions aimé de la même manière pouvoir discuter de nos résultats avec les jeunes rencontrés. Cela nous amène à envisager pour une prochaine recherche, une démarche plus collaborative, dès l'élaboration des questionnements de recherche, avec un groupe d'utilisateurs.

3. Plan de la thèse

Cette thèse porte sur la négociation des parcours de vie de jeunes confrontés au moment du passage à l'âge adulte à des troubles qualifiés de psychiques. Nous nous intéressons aux parcours de jeunes dont les troubles psychiques remettent en cause leurs inscriptions sociales et amènent à une prise en charge spécialisée dans le champ sanitaire ou médico-social, visant à travailler leur insertion sociale. Ainsi nous nous centrons sur deux domaines de l'action publique qui constituent deux normes occupationnelles majeures des jeunes : la scolarité et l'insertion dans l'emploi. Nous observons dans cette thèse les mécanismes structurels et individuels en jeu dans la négociation de ces inscriptions sociales et à la manière dont leur conjugaison façonne les parcours. Pour cela, nous avons organisé nos propos en trois grandes parties.

La première partie de cette thèse vise à présenter le contexte structurel de notre objet. A travers une revue de la littérature, nous présentons les données de recherche existantes sur l'impact des politiques publiques sur les parcours de vie.

Le premier chapitre porte sur les politiques publiques encadrant la jeunesse et la façon dont elles façonnent les parcours à cet âge de la vie. Nous nous intéressons également aux différentes représentations des jeunes sur lesquelles s'appuient ces politiques. Ce chapitre nous permet de mettre en regard les parcours normés du passage à l'âge adulte avec ceux des jeunes que nous avons rencontrés. Puisque nous étudions ensuite la négociation des normes, il s'agit d'abord de les présenter.

Dans le deuxième chapitre, nous présentons la manière dont le champ de la santé mentale s'est structuré et la manière dont il influence les parcours de personnes psychiatriquées. Nous analysons également les différents registres de représentations des personnes soignées en psychiatrie. Ces deux chapitres montrent le poids des inégalités dans les parcours de jeunesse et la manière dont la psychiatisation peut venir rebattre les cartes des destins sociaux.

Les parties deux et trois constituent le cœur de notre travail. Elles présentent l'analyse de nos matériaux et organisent les réponses aux questions présentées dans cette introduction.

La partie deux porte sur le processus de construction sociale des catégories que sont les troubles et le handicap psychique. Nous utilisons ici l'ensemble des entretiens effectués (avec les jeunes, des parents et des professionnels travaillant auprès des jeunes) et les données recueillies dans le cadre de notre enquête dans une MDPH.

Le chapitre trois traite des premières phases du parcours des jeunes : le développement des troubles et leur qualification dans un registre psychique. Nous nous intéressons particulièrement aux manifestations des troubles, à leur registre interprétatif et aux facteurs menant à l'entrée dans une

prise en charge psychiatrique. Nous portons également un intérêt particulier à l'enjeu du diagnostic. Dans ce chapitre, nous montrons les parcours différenciés d'entrée et de circulation dans les dispositifs de soin, selon le milieu social d'origine des jeunes.

Le chapitre quatre porte sur la reconnaissance institutionnelle du handicap psychique. Après avoir présenté le panorama de l'offre dans le champ du handicap. Nous mettons en regard ces données contextuelles avec les données issues de l'analyse des dossiers MDPH, et les entretiens pour analyser la réception de l'offre médico-sociale par les jeunes. Nous montrons dans ce chapitre comment la temporalité des troubles, combinée à la variabilité des ressources des jeunes concourent à façonner des profils de demande de reconnaissance institutionnelle du handicap. Enfin, nous regardons le poids de cette reconnaissance en termes identitaires pour les jeunes.

La troisième partie traite des phases de négociation des normes occupationnelles du devenir adulte ou autrement dit des inscriptions sociales des jeunes. Nous utilisons les entretiens de recherche et plus particulièrement les enquêtes prolongées dans deux institutions : un service de scolarité d'une clinique et une mission locale.

Le chapitre cinq porte sur la négociation de la scolarité. Nous dressons un panorama de l'offre de scolarisation pour des jeunes confrontés à des troubles psychiques et montrons que les dispositifs émanant du médico-social, historiquement constitués pour d'autres catégories de handicap que ceux d'origine psychique, sont peu mobilisés pour les jeunes que nous avons rencontrés. Dans cette logique historique de composition de l'offre institutionnelle, le secteur sanitaire garde une place importante pour le maintien de la scolarité sur notre territoire de recherche. Par l'étude approfondie de la circulation de jeunes dans un service de scolarité d'une clinique, nous analysons la manière dont les enjeux institutionnels renforcent l'injonction biographique pour entrer dans le dispositif, d'une part, et renforcent les inégalités de maintien des jeunes dans le service, d'autre part.

Le chapitre six traite de l'insertion dans l'emploi. De la même manière que pour le chapitre sur le handicap et celui sur la scolarité, nous dressons un portrait de l'offre locale d'aide à l'insertion dans l'emploi susceptible d'accueillir des jeunes avec des troubles psychiques et regardons comment les jeunes que nous avons rencontrés y circulent. Puis, par une étude de cas au sein d'une mission locale nous analysons la part de l'aléa dans l'orientation des jeunes vers l'offre d'aide par les professionnels selon leurs représentations de la jeunesse et du travail d'insertion.

Le chapitre sept se base sur les entretiens avec les jeunes pour analyser leurs représentations des normes scolaires et d'insertion dans l'emploi. Dans ce texte, nous montrons comment le rapport des jeunes à ces normes évolue au cours de leur parcours et se scinde socialement entre un modèle du

devenir adulte visant le placement social rapide et un autre valorisant une quête de soi sur une temporalité plus longue.

Dans la conclusion, nous rappelons nos principaux résultats, pointons ses écueils et limites et esquissons des prolongements.

Partie 1 : Les enjeux du passage à l'âge adulte avec des troubles psychiques

En quoi les troubles psychiques peuvent-ils faire dévier les trajectoires sociales de la norme ? Comment les troubles psychiques, qui apparaissent à la période de la vie la plus riche en transitions sociales, vont-ils impacter la vie future ? Qu'est ce qui est déterminant dans la manière dont s'orientent les parcours de vie ? En somme : Quels sont les parcours sociaux de jeunes avec des troubles psychiques ?

Pour répondre à ces questions, qui guident notre travail de thèse, il est nécessaire de présenter les travaux en sociologie de la jeunesse et en sociologie de la santé mentale sur lesquels nous nous appuyons. En effet, pour comprendre en quoi les trajectoires que nous analysons peuvent dévier de la norme, il est indispensable de présenter en quoi consiste cette norme. De la même manière, pour comprendre la spécificité des parcours de jeunes dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie, il nous faut présenter le traitement social dont font l'objet les troubles psychiques de façon générale.

Cette première partie vise à présenter les connaissances sur lesquelles nous nous appuyons pour analyser notre objet. Nous divisons ces connaissances selon deux grandes caractéristiques de notre population d'enquête : d'une part la jeunesse comme période de la vie riche en transitions objectives et subjectives, et d'autre part les troubles psychiques comme objet d'un traitement social spécifique. Nous nous appuyons pour cela sur une revue de la littérature en sociologie principalement, mais empruntons également des éléments à la science politique et à l'histoire. En somme, nous dressons un portrait du traitement social de la jeunesse et des troubles psychiques dans nos sociétés contemporaines.

Le premier chapitre porte sur les normes du passage à l'âge adulte. Cette période charnière de la vie est marquée par le passage d'épreuves sociales telles que la scolarité, le départ du domicile familial, l'insertion dans l'emploi, ou encore la constitution de son propre réseau familial et de proches. C'est le temps de la construction identitaire, de la prise d'autonomie et d'indépendance. Si dans de nombreux pays, les marqueurs du passage à l'âge adulte correspondent à ces seuils, leur temporalité et l'expérience même de leur passage connaissent des variations. Selon les pays d'abord, car les politiques publiques impactent les parcours. Selon le genre et le milieu social ensuite, qui restent des déterminants majeurs des parcours sociaux. Selon les individus et leurs histoires enfin, car « *c'est prioritairement en référence à un « devenir soi » que les jeunes Européens s'autopositionnent au sein*

de leur propre parcours de vie, et se définissent ou non comme « adultes ». » (Van de Velde, 2008, p 5). Dans ce chapitre, nous présentons une revue de la littérature sociologique sur les parcours normés du devenir adulte et sur les déterminants sociaux de ces parcours.

Le deuxième chapitre porte sur les dimensions sociales des troubles psychiques, que ce soit dans leur processus de qualification ou dans leur prise en charge formelle et informelle. L'histoire et la sociologie de la psychiatrie révèlent le caractère variable dans le temps et l'espace de ce qui est défini comme un trouble psychique. De la même manière, les conceptions des prises en charge de « l'étrangeté d'âme » (Demailly, 2011) ont changé, avec une période de transformation importante dans les années 1970. Nous retraçons dans ce point un rapide historique de l'action publique sur les troubles psychiques, pour peindre le panorama des multiples acteurs et dispositifs qui y participent aujourd'hui et les tensions qui le traversent. Nous présentons enfin les éléments de connaissance sociologique existants sur les parcours de vie de personnes psychiatisés, en nous intéressant particulièrement aux déterminants sociaux de ces trajectoires.

Chapitre 1 : Parcours de jeunesses : normes, encadrement politique et cheminements personnels

A l'annonce de l'objet de notre recherche en entretien ("parcours de vie de jeunes avec des troubles, un handicap psychique"), une question nous était fréquemment posée : qu'est-ce que la jeunesse ?

La jeunesse peut être définie de plusieurs manières : comme un groupe social, une période de la vie, comme une transition entre le statut d'enfant et celui d'adulte, ou encore une phase du développement humain. Notre point de vue est sociologique et diachronique. Nous étudions la jeunesse dans son approche dynamique et processuelle, comme une période de la vie où se cumulent de multiples épreuves sociales (Martuccelli, 2006) et changements de statuts. Nous nous appuyons sur une conception de la jeunesse identique à celle de Claire Bidart : *" La jeunesse ne peut être simplement définie comme une attente ou un manque d'état adulte. Les jeunes sont des acteurs, des sujets de leur histoire, même s'ils ne s'inscrivent pas encore dans certains rôles sociaux centraux comme celui de travailleur, d'époux ou de parent [...]. Les éléments définissant le jeune et l'adulte perdent un peu ici de leur caractère dichotomique, essentialiste, statistique, au travers d'exemples précis montrant plutôt des dynamiques à l'œuvre, des progressions, des expériences vécues. Ces processus ne sont pas non plus alignés sur une temporalité linéaire mais montrent plutôt leur combinatoire et leur relativité en fonction des contextes, des époques, des situations..."* (Bidart, 2006, p 10)

Si dans nos sociétés contemporaines, les parcours sont individualisés, multiples et complexes (Guillaume, 2009), il n'en reste pas moins possible d'identifier des épreuves collectives et des déterminants des voies prises par les individus. Dans ce chapitre, nous nous appuyons sur des travaux en sociologie de la jeunesse pour présenter la manière dont les normes sociales, les institutions et les cheminements personnels, se combinent et façonnent les parcours à cette période de la vie (Becquet, Bidart 2013). Nous présentons les caractéristiques, déterminants et enjeux des parcours normés de jeunesse, afin de mieux analyser dans les parties suivantes de la thèse, en quoi les cheminements de jeunes avec des troubles psychiques peuvent dévier ou exacerber des tensions vis-à-vis « d'injonction paradoxales » au placement social par le diplôme et l'emploi. Nous nous appuyons pour cela sur une revue de la littérature en sociologie.

Dans un premier point, nous traitons des épreuves socialement normées de la jeunesse, qui ont longtemps été considérées comme des seuils dont le passage marquait l'accès au statut d'adulte : la scolarité, l'insertion dans l'emploi, le départ du logement familial et la mise en couple (Galland, 2001). Le passage de ces seuils ne se fait plus aujourd'hui de façon linéaire et peut être réversible. Mais ces étapes, épreuves sociales, n'en restent pas moins des objectifs normés, des points de repères, auxquels se réfèrent les jeunes, leurs proches et les professionnels pour lire et négocier leurs parcours de vie. Nous présentons ici pour chacun des quatre seuils, des données sociologiques permettant de comprendre le rapport des jeunes à ces normes.

Dans un second temps, nous nous intéressons à la manière dont l'action publique pose un cadre au déroulement des biographies individuelles. Pour cela, nous présentons des éléments de sociologie comparative, mettant en évidence le rôle des formes d'Etat providence sur la temporalité et l'expérience de la jeunesse. Nous revenons sur les représentations de la jeunesse rattachées à ces systèmes d'Etat Providence et présentons plus longuement le cas de la France qui s'appuie sur trois grandes figures des jeunes : la jeunesse comme ressource, la jeunesse comme risque ou la jeunesse vulnérable. Ces « systèmes de représentation » des politiques publiques (Hassenteufel, 2008) structurent non seulement l'organisation de l'action publique mais aussi les parcours de vie, en ouvrant des voies de cheminement possibles et en en fermant d'autres.

Le troisième point porte sur les expériences du passage à l'âge adulte contemporain et l'agentivité des jeunes. En effet, si les normes et le cadrage politique sont déterminants dans l'orientation des parcours, les actions des jeunes le sont tout autant. Leurs choix, la manière dont ils vont appréhender les normes sociales, se saisir des différents chemins tracés institutionnellement, façonnent leur existence. Ainsi, plus que le passage des seuils socialement institués, c'est aujourd'hui le sentiment d'indépendance et d'autonomie qui caractérise le statut d'adulte. Dès lors, nous présentons également la manière dont est vécue et négociée l'injonction paradoxale à l'auto-détermination de soi et de ses projets, dans un contexte social et économique concurrentiel qui ne permet pas pour tous la réalisation de ses objectifs individuels.

1. Les épreuves sociales de la jeunesse

A ses débuts, la sociologie des âges de la vie s'est intéressée aux classes d'âge et aux seuils qui les délimitent, avec une vision linéaire de la vie et un découpage ternaire de son déroulement : jeunesse, âge adulte, vieillesse (Van de Velde, 2015). Ce sont des rites qui sont considérés comme marqueurs des passages d'un seuil à un autre. Le travail est un des rites majeurs dans la définition de ces

frontières. Ainsi la jeunesse s'achève avec l'entrée dans l'emploi qui caractérise l'âge adulte. La retraite signe pour sa part le début de la vieillesse.

Dans un contexte d'allongement de la vie, de multiplication et de réversibilité des seuils, cette approche ternaire et linéaire paraît dépassée à plusieurs égards à partir des années 1990. En effet, les "âges" de la vie se sont allongés et multipliés. La jeunesse et la vieillesse sont des périodes plus longues : avec notamment l'allongement des études et un départ plus tardif du domicile parental (Chamboredon, 1991) pour les uns et l'allongement de l'espérance de vie pour les autres. Les catégories d'âge se multiplient, se transforment et s'affinent. La retraite par exemple change de représentation (elle revêt une image plus positive) et une distinction est opérée entre les "young old" et les "oldest old", ou encore entre le 3ème âge et le 4ème âge (étudié lui sous le prisme de la fragilité et de la dépendance). Autre limite à l'approche ternaire des âges de la vie, le rite de passage du travail perd de sa centralité. L'accès à l'emploi se fait plus tardivement (allongement de la jeunesse) est instable (importance des contrats à durée déterminée et plus généralement de la précarité professionnelle chez les jeunes avec notamment des alternances entre périodes d'emploi et de chômage).

Pour Olivier Galland, la jeunesse devient une catégorie à part et non pas seulement le simple allongement de l'adolescence. Les événements marquant le passage à l'âge adulte se multiplient. Olivier Galland en présente quatre : la fin des études, la mise en couple, le départ du domicile parental et le premier emploi (Galland, 2001). Ces événements connaissent pour la jeunesse contemporaine un phénomène de report et de désynchronisation, c'est à dire qu'ils interviennent plus tard dans la vie et ne sont plus concomitants. Andreas Walther utilise le terme de "yoyo transition" pour qualifier les allers-retours entre différentes situations de vie, notamment concernant l'emploi et le logement autonome (Walther, 2006).

Nous qualifions ces sphères sociales d'« épreuves », au sens donné par Danilo Martuccelli de « *défis historiques, socialement produits, inégalement distribués, que les individus sont contraints d'affronter* » (Martuccelli, 2006, p12). Si l'expérience de ces épreuves sociales est moins collective, elles n'en restent pas moins des points de repères qui vont servir aux individus pour évaluer leur parcours passé et à venir. Ainsi nous paraît-il indispensable de présenter des éléments de travaux sociologiques traitant spécifiquement des trajectoires résidentielles, des parcours scolaires, de l'accès à l'emploi et de la mise en couple et de la parentalité de la jeunesse contemporaine.

1.1 Le poids de la scolarité et du diplôme

La France se caractérise par une importance très forte accordée aux diplômes et à la formation. Les jeunes français perçoivent cette période de la vie comme décisive, devant être linéaire (ils ressentent une angoisse à l'idée d'être "en retard"), avec un caractère d'urgence et d'irréversibilité (Van de Velde, 2008).

Si des variations sont observables selon le milieu social ou le genre, la pression caractérise le rapport à la scolarité, qui apparaît comme un espoir de "salut social" par l'école et le diplôme pour un grand nombre de jeunes. Les études font l'objet d'une concurrence très importante. Dans un contexte de massification scolaire²⁴ et de marché du travail marqué par le chômage des jeunes, l'orientation scolaire, le cursus et les diplômes sont des moyens de distinction, des armes pour être compétitif sur le plan professionnel. Annabelle Allouch décrit cette "société du concours", qui génère peur et angoisse vis à vis de la scolarité (pour les jeunes voire aussi leurs parents) et favorise la reproduction des inégalités sociales sous couvert d'un fonctionnement méritocratique (Allouch, 2017).

Le travail de comparaison international réalisé par Cécile Van de Velde met en évidence le poids de la scolarité spécifique pour les jeunes français : ils investissent en masse les études après la majorité mais sont parmi les premiers à les achever. L'âge de 25 ans est une barrière qu'il s'agit de ne pas dépasser pour finaliser ses études. Les personnes encore étudiantes au-delà déclarent avoir honte de leur "retard". Il y a une pression forte à se placer, à avoir un statut social défini à 25 ans et ce grâce aux diplômes. *"Plus qu'ailleurs, la rhétorique d'une "place" à prendre au sein d'une hiérarchie prédéfinie domine les discours. Ils laissent transparaître l'intériorisation d'un "classement" social déterminé, au sein duquel l'occupation potentielle d'un rang défini est conditionnée par les niveaux d'études atteints"* (Van de Velde, 2008). La peur du chômage et du déclassement social pousse ainsi la jeunesse à une course au diplôme et à la distinction.

Or, dès le plus jeune âge, des inégalités scolaires selon le milieu social sont visibles. Ainsi, par exemple, dès le début du parcours scolaire, le redoublement en CP concerne 25% des enfants d'ouvriers et 7% des enfants de cadres. Ces inégalités se poursuivent tout au long de la scolarité, notamment au travers des choix (orientation, métier) que doivent opérer les jeunes de façon précoce.

²⁴ Depuis la loi Jules Ferry de 1881, l'école est obligatoire pour tous, et ce jusqu'à 16 ans depuis la réforme Berthoin de 1959. La scolarité n'est dès lors plus réservée qu'à une petite élite. Cet encadrement de la scolarité par l'Etat a également mené à un phénomène de massification scolaire. Le niveau de diplôme de la population augmente constamment. En France en 2015, 13% des personnes ayant entre 25 et 34 ans n'ont pas de diplôme ou juste le brevet, tandis qu'ils sont 35% chez les personnes entre 34 et 55 ans. Source : Insee, *France, portrait social, édition 2016*.

Ces choix sont soumis à l'examen des professionnels enseignants, sous la forme d'évaluations, de notes, de dossiers, de concours. Ce mouvement de sélection se renforce ces dernières années avec notamment la loi du 19 décembre 2016 ou encore la loi du 8 mars 2018 sur "l'orientation et la réussite des étudiants", qui instaurent une sélection méritocratique pour l'accès en master pour la première, à l'entrée dans les études supérieures pour la deuxième.

Le contexte libéral qui valorise la concurrence, synonyme d'une apparente qualité de « l'élite victorieuse de la société du concours », n'est en fait qu'un système de reproduction sociale (Allouch, 2017). Les travaux de Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron sur les étudiants et la culture (Bourdieu, Passeron, 1964), mettent en lumière le poids du capital culturel hérité dans la réussite scolaire (par réussite nous entendons les performances scolaires valorisées, telles que ne pas redoubler, obtenir des diplômes avec mention et accéder aux études supérieures et à des filières ou écoles "prestigieuses" et sélectives).

Ces travaux mettent en évidence l'échec du fonctionnement méritocratique de l'école dans l'égalisation des chances de réussite scolaire. Ce modèle, non seulement crée de la reproduction sociale, lui donne de la légitimité sous l'apparence du "don" ou du "mérite personnel" et fait peser à *contrario* sur l'individu la responsabilité de sa place sociale défavorisée en arguant de son incapacité à se distinguer dans le jeu scolaire.

De plus, ce poids de la scolarité favorise une semi-dépendance longue vis à vis de la famille, sur qui repose la grande majorité de l'appui financier, matériel, etc. des études. Nous y reviendrons.

1.2 L'insertion dans l'emploi

La période d'accès à un emploi stable pour les jeunes, peut-être longue et connaître de multiples aléas (entre emplois et périodes de chômage, différents types de contrats, temps de travail, rémunérations, etc.). Une analyse des taux de chômage sur ces dernières décennies en Europe montre une inégalité forte entre générations. Le taux de chômage des jeunes, comme des adultes était inférieur à 5% dans les années 1970. En 1980, il était de 10% en population générale et de 20% pour les personnes de moins de 25 ans²⁵. Depuis, trente ans, le taux de chômage des jeunes a varié mais reste élevé. En 2017 en France, 22,3% des actifs de moins de 24 ans sont au chômage²⁶. Les inégalités

²⁵ Source OCDE, cité dans O. GALLAND., *Sociologie de la jeunesse*, 2011, 5ème édition, Paris, Armand Colin.

²⁶ Source : Insee, enquête emploi 2017. Site consulté le 09 août 2018 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489498#tableau-Tableau2>

face à l'emploi se mesurent également selon le type de contrat (CDI, CDD). En 2013, plus des deux tiers des jeunes qui sortent du système éducatif et qui accèdent à l'emploi, ont un contrat à durée déterminée²⁷. Soulignons également une entrée plus tardive sur le marché du travail, du fait de l'allongement des études, par rapport aux générations des années 1970.

Si l'on regarde plus en détail ces données, des inégalités très importantes existent également au sein d'une même génération de jeunes. Le niveau de diplôme apparaît comme une variable discriminante primordiale dans ces inégalités. Ce sont les jeunes les moins diplômés qui sont le plus exposés aux CDD et pour de plus longue période. Les jeunes sortis sans diplôme du système scolaire et avec un emploi sont pour 80% en CDD, contre 52% des bacs +5. Cette inégalité se creuse avec le temps : 3 ans après leur sortie du système éducatif, les jeunes actifs sans diplôme sont pour 65% en CDD contre 18% des jeunes actifs avec un bac +5 et 10% des anciens étudiants d'école de commerce ou d'ingénieur. Si l'on regarde plus finement les données sur le chômage, cette discrimination par le diplôme est encore très forte. Pour les jeunes actifs en 2016, sortis du système scolaire en 2013, la moitié de ceux qui n'ont pas de diplôme sont au chômage contre 10% de ceux avec un bac+ 5²⁸. Ce sont également les jeunes sans diplôme qui sont exposés aux plus bas salaires et donc à des allocations de retour à l'emploi très faibles.

Outre le diplôme, les jeunes peuvent être discriminés dans leur accès à l'emploi selon leur genre, leur lieu de vie ou encore s'ils sont issus de l'immigration (c'est à dire dont au moins un des parents résidant en France est né à l'étranger). Par exemple, le taux de chômage des jeunes de moins de 25 ans issus d'origine Africaine est de 40%. Lorsque les effets de l'âge, du niveau de diplôme et du lieu de résidence sont neutralisés, le risque d'être au chômage pour ces jeunes restes multipliés par 1,9 en comparaison à un jeune qui n'est pas issu de l'immigration. De même, pour les jeunes résidant en zone urbaine sensible ou dans une moyenne ou grande agglomération du Nord de la France, le risque de chômage est multiplié par 1,5 et 1,4²⁹.

Pour la jeunesse contemporaine, l'indépendance financière par l'emploi est donc tardive, incertaine quant au moment de sa survenue et réversible.

²⁷ Source : Céreq - Enquête 2016 auprès de la génération sortie de l'école en 2013 - Site de l'Observatoire des inégalités, consulté le 09 août 2018.

²⁸ Source : Céreq - Enquête 2016 auprès de la génération sortie de l'école en 2013 - Site de l'Observatoire des inégalités, consulté le 09 août 2018.

²⁹ Rapport à la Ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du dialogue social, *L'insertion professionnelle des jeunes*, DARES, France Stratégie, Janvier 2017.

1.3 Trajectoires résidentielles

Si l'indépendance résidentielle est valorisée par les jeunes français, elle ne devient effective en moyenne qu'à l'âge de 22-23 ans. Du fait de l'allongement des études mais également d'une difficile entrée sur le marché du travail, cette indépendance n'a lieu que tardivement. Les solidarités familiales jouent alors un rôle très important dans les trajectoires de jeunesse. Dans les faits 48% des personnes ayant entre 18 et 30 ans en France entre 1994 et 1999 vivent au domicile parental (Van de Velde, 2008).

Certains jeunes cohabitent avec leurs parents jusqu'à 25 ans, tout en ayant une indépendance financière, avec pour argument le maintien d'un confort de vie tout en développant progressivement leur autonomie. Toutefois, ces situations sont minoritaires. Les personnes avec des ressources financières quittent en grande majorité le domicile familial.

L'âge de 25 ans apparaît comme une frontière normée d'indépendance résidentielle (Van de Velde, 2006). La cohabitation après cet âge est stigmatisée. Dans les situations où elle se prolonge, une inversion des rôles sociaux peut-être observée : le jeune reste chez son ou ses parents pour prendre soin d'eux. La cohabitation peut aussi s'accompagner d'une contrepartie financière : le jeune donne tout ou partie de ses revenus à ses parents lorsqu'il reste à domicile. Cette négociation se trouve principalement dans les familles de milieu populaire. L'autonomie du jeune au domicile de ses parents fait également l'objet de négociations : celui-ci se doit de respecter les règles de la maison, ce qui limite son inscription dans un mode de vie dont il dicterait les règles (par exemple pour inviter des personnes à la maison, ou encore pour les heures d'allers et venues). Si un espace de négociation est possible, notamment dans les classes moyennes et favorisées, l'autonomie reste partielle. Elsa Ramos a par exemple analysé la place de la chambre dans la construction d'un espace à soi et d'une autonomie partielle (Ramos, 2002).

Pour d'autres jeunes, un départ du domicile familial est possible, donc un accès à l'autonomie, mais avec une indépendance partielle. C'est le cas des personnes dont le logement est payé par leurs parents qui sont ainsi dans une relation de dépendance financière.

Un implicite lié à la politique familialiste de la France sous-tend ces pratiques d'hébergement : il revient à la famille de payer les études de leur enfant, et donc de financer leur prise d'indépendance progressive, le temps qu'il accède à un emploi et à des ressources financières propres.

Cécile Van de Velde s'est intéressée au sentiment d'indépendance des jeunes français. Elle démontre la prédominance de la variable résidentielle sur la variable financière. Ainsi des jeunes personnes dont l'appartement (hors familial) est payé par leurs parents déclarent se sentir

indépendantes. Les jeunes français, en contraste avec les Danois par exemple, valorisent l'indépendance acquise plutôt qu'ils n'accordent de l'importance à celle qui leur reste à conquérir. Claudine Attias-Donfut a, elle, analysé l'écart de perception de l'indépendance entre les générations : les enfants qui habitent encore chez leurs parents se déclarent plus autonome que ne les déclarent leurs parents (Attias-Donfut, 1995).

Pour Cécile Van de Velde, les trajectoires résidentielles de la jeunesse traduisent une ambivalence normative, qui valorise l'acquisition de l'autonomie et de l'indépendance de façon précoce, tout en légitimant un système de semi-dépendance vis-à-vis de la famille compte tenu du poids des diplômes, de l'allongement des études et du difficile chemin vers l'emploi stable. Ainsi, *“le lien de dépendance intergénérationnelle est en France un lien que l'on commence à couper relativement tôt, mais qui peut se rompre relativement tard.”* (Van de Velde, 2008, p 134)

1.4 Mise en couple et parentalité

Les relations de couple de la jeunesse contemporaine ont un caractère contractuel, dans le sens où elles peuvent se faire et se défaire, avoir des durées variables (Giraud, 2017). La preuve en est les multiples expériences de couple que connaissent les jeunes personnes. Il n'est plus socialement attendu de se marier avec son amour de jeunesse. Au contraire, prendre du temps pour “trouver le bon” est valorisé et apparaît comme prudent. Dans les faits, ces nouvelles formes du couple se traduisent par une baisse du nombre de mariages. En 1970, le taux de nuptialité pour 1 000 habitants en France métropolitaine était de 7,8. Il est de 3,6 en 2016³⁰. De même, la sexualité n'est plus associée au mariage ou à une mise en couple systématique. L'accès au statut de parent est également transformé puisque l'âge moyen du premier enfant est de 28,5 ans en 2015, alors qu'il était de 24 ans en 1974³¹. Cela s'explique d'abord par l'accès à la contraception mais aussi par l'allongement des études, par l'entrée sur le marché du travail plus tardif tout comme l'accession à un logement hors du domicile parental, mais aussi par cette contractualisation plus importante des relations de couple.

L'installation en couple dans un logement et l'arrivée d'un enfant marquent un renversement des normes occupationnelles des personnes, s'éloignant ainsi de celles typiquement juvéniles. Les formes de relations aux pairs et à la famille se font sur le mode de la réception (on accueille chez soi des personnes à manger). Les activités se centrent sur le foyer : bricolage, télévision, tâches domestiques

³⁰ Source : Insee, estimations de population et statistique de l'état civil. Site web consulté le 10 août 2018: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569324?sommaire=2587886>

³¹ Source: Insee, estimations de population et statistique de l'état civil. Site web consulté le 10 août 2018: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280#sources>

ou encore activités et soins des enfants. Pour ces deux dernières activités, une division genrée est toujours opérationnelle, avec une part plus importante du temps des femmes, dédié à ces activités que pour les hommes. Le temps passé seul ou avec ses amis connaît une baisse très importante au profit des membres de la nouvelle famille³². Pour autant, les amis gardent une place très importante dans l'environnement relationnel des personnes, dans un contexte où les relations conjugales sont contractuelles et réversibles. *“Pour certains individus, les jeunes femmes, la vie personnelle est désormais de plus en plus multipolaire. L'individu construit son identité à travers un réseau de relation plus varié qu'avant. L'affaiblissement de la relation conjugale, son caractère fini, conduisent les individus à diversifier les autres significatifs qui les soutiennent. Désormais, les individus doivent construire une vie conjugale qui n'est qu'un pan, qu'une séquence de leur vie personnelle mais pas tout le film de leur vie. La trame de la vie des jeunes n'est pas conjugale, elle est devenue personnelle et ce personnel est construit sur la base des relations variées : conjugales et amicales. La revalorisation de l'amitié dans nos vies n'est pas annexe. En temps de crise de stabilité du lien conjugal, l'amitié devient une valeur importante, et un lien qui assure une certaine forme de continuité de soi.”* (Giraud, 2014, p12).

Pour Olivier Galland, la mise en couple et l'accès à la parentalité, de par les bouleversements importants qu'ils engendrent, marquent le dernier seuil de passage à l'âge adulte et “la fin de la jeunesse” (Galland, 2017). Cette affirmation peut être nuancée si l'on prend en compte le caractère réversible et contractuel du couple décrit par Christophe Giraud ou encore l'individualisation des parcours et l'effet yoyo (Walther, 2006) qui peut les caractériser (avec par exemple des jeunes couples avec enfants, qui re-cohabitent chez leurs parents pour faire face à une situation financière ne leur permettant pas l'autonomie résidentielle).

2. L'encadrement politique de la jeunesse

Les différentes épreuves sociales abordées dans le premier point de ce chapitre et la manière dont elles sont expérimentées par les jeunes, sont spécifiques à un contexte socio-historique. Pour reprendre les termes de Cécile Van de Velde, *“les “épreuves” qui jalonnent l'itinéraire vers l'âge adulte, se construisent elles-mêmes en référence à des normes sociales, à des agencements économiques, politiques et culturels qui posent une empreinte profonde sur les trajectoires”* (Van de Velde, 2008, p 166).

³² Source : Insee, enquête sur l'emploi du temps, 1998

Le cadre politique notamment a une grande influence sur ces épreuves et sur l'expérience des parcours de jeunesse. Le travail de comparaison internationale des parcours du devenir adulte mené par Cécile Van de Velde éclaire ce mécanisme social. Les formes d'Etat Providence vont déterminer les expériences de la jeunesse. Plus spécifiquement encore, la jeunesse fait l'objet d'un investissement symbolique fort par la politique, qui repose sur des représentations sociales de la jeunesse, déterminantes dans la mise en œuvre de l'action publique. Ainsi, depuis la fin des années 1970, les politiques visant l'insertion sociale des jeunes se développent. Mais si la dimension symbolique de l'investissement dans la jeunesse est très importante, les politiques jeunesse relèvent plus d'une juxtaposition de politiques sectorielles et territoriales sans cadrage clair (Loncle, 2010).

2.1 L'état providence à la Française et l'injonction au placement social

La sociologue Cécile Van de Velde a mené une comparaison internationale du devenir adulte à la fin des années 2000. Elle dégage dans ses travaux des spécificités relatives aux pays qu'elle étudie (la France, l'Espagne, le Royaume-Uni et le Danemark) et à leurs systèmes de protection sociale en se référant à la typologie De Gosta Esping Andersen (Esping –Andersen, 1990). *“Ces variations suggèrent à quel point la “jeunesse” est également une construction sociale et culturelle répondant à des normes et à des agencements sociétaux spécifiques, qui définissent par exemple le moment à partir duquel il est normal-ou possible- pour un jeune individu d’acquérir son indépendance résidentielle ou financière.”* (Van de Velde, 2008, p 10)

Cécile Van de Velde distingue quatre types d'expériences du devenir adulte, selon les pays analysés et leur cadre culturel et politique.

La première forme d'expérience, qu'elle nomme *“se trouver”*, domine au Danemark. Elle se caractérise par un temps long de la jeunesse dédié à la quête de soi et au développement personnel, avec un rapport au temps en termes de *“non-urgence et d'expérimentation”*. La prise d'indépendance est précoce et l'accès à différents statuts sociaux et familiaux est flexible. L'acquisition d'un statut fixe est tardive, sans que cela soit vécu de façon négative, au contraire. C'est la naissance du premier enfant qui vient marquer un terme à la période d'expérimentation et le début de l'âge adulte.

La deuxième forme du devenir adulte est qualifiée par le verbe *“s'assumer”*. Ce sont les jeunes du Royaume-Uni qui correspondent le plus à ce modèle. Les trajectoires sont cette fois beaucoup plus courtes, avec des études brèves, un accès à l'emploi et à une situation conjugale et parentale relativement précoce. Dans une philosophie libérale, l'émancipation des solidarités familiales et de

l'Etat est fortement valorisée et marque une représentation positive de l'entrée dans un statut d'adulte.

La troisième forme d'expérience, "*se placer*", se caractérise par une forte valorisation du diplôme et du premier emploi, par des trajectoires linéaires et une vision de cette période comme déterminante pour le restant des jours de la personne. Le temps est vécu avec un caractère d'urgence et les choix effectués au cours de cette période apparaissent comme irréversibles. La dépendance familiale y est importante pendant la durée des études, mais légitimée par l'enjeu prégnant du diplôme et de l'accès à l'emploi. C'est pour la France que ce modèle s'impose le plus, bien que, de façon contradictoire, ses jeunes tendent également vers le modèle Danois du développement personnel.

Dans le dernier modèle, "*s'installer*", c'est le départ du domicile parental pour habiter dans un logement indépendant avec son conjoint qui marque le devenir adulte. La période de la jeunesse sert à préparer cette installation en mettant en place les conditions nécessaires : se mettre en couple, avoir des ressources financières. Ce modèle se trouve principalement en Espagne, pays pour lequel le contexte économique difficile légitime en parallèle des arguments culturels familialistes, une prise d'indépendance retardée.

Dans le modèle français, un déterminant fort des parcours des jeunes réside dans la conception de la solidarité entre générations. André Masson a travaillé sur ce thème (Masson, 2009). Il reprend la maxime française "liberté, égalité, fraternité" pour qualifier différentes attitudes des politiques publiques vis-à-vis des solidarités familiales. Le modèle de *la liberté* correspond aux pays britanniques ou nord-Américain, qui s'appuient sur une philosophie libérale et adopte une attitude de neutralité vis à vis de ce qui se passe dans les familles. Les pays nordiques correspondent au modèle de *l'égalité*. Ils entretiennent une attitude méfiante par rapport aux solidarités familiales, qui sont inégales et donc inefficaces par rapport à leur philosophie de la citoyenneté universelle. La France se place elle dans le modèle de *la fraternité*. Les solidarités familiales sont perçues comme positives et l'Etat se positionne en complément de celles-ci. Cela correspond à un idéal de multi-solidarités : familiales, professionnelles, locales, ou encore intergénérationnelles (dont le système de retraite est exemplaire).

Ce modèle corporatiste français fait peser sur les familles une part très importante de l'accompagnement des jeunes vers l'autonomie et l'indépendance. Symboliquement et concrètement, les jeunes sont liés sur une longue période à leur famille pour ce qui relève des ressources. Le système de bourse étudiante existant est fonction du revenu des parents (non universel et alloué directement aux jeunes comme cela existe par exemple au Danemark). Les aides financières de l'Etat sont allouées aux familles en fonction de leurs ressources (allocations familiales, allocation de rentrée scolaire, aide

aux vacances, etc...) plutôt qu'aux jeunes, sauf dans le cas de ruptures familiale (FAJ) ou pour le financement de projets très spécifiques (par exemple pour le BAFA). Ce fonctionnement favorise la dépendance à la famille, qui doit alors assurer une "protection rapprochée" (Martin, 1997) du jeune, plutôt que la dépendance vis à vis de l'Etat. La possibilité d'accéder au Revenu de Solidarité Active (RSA) à partir de 25 ans seulement sauf exceptions³³, s'inscrit pleinement dans ce mécanisme. La part de l'aléa dans l'accès à l'autonomie est très forte, dans le contexte des "yoyo transitions" que connaissent les jeunes français. Ainsi, l'accès à un emploi, du fait de la dérégulation croissante du marché du travail, ne garantit pas forcément l'indépendance de façon certaine et pérenne.

Tom Chevalier propose une autre typologie explicative des formes de transition vers l'âge adulte en Europe (Chevalier, 2018). Ses travaux viennent poursuivre les analyses présentées ci-dessus. Il prend comme angle d'observation l'accès à l'indépendance financière, qu'il relie au concept de citoyenneté. Il utilise ensuite deux variables pour caractériser les types de transition du passage à l'âge adulte : la citoyenneté économique (qui concerne l'accès à des revenus par le marché du travail) et la citoyenneté sociale (qui renvoie aux revenus via l'aide publique et les prestations sociales de l'Etat). Il distingue pour chacune de ces variables deux sous-catégories. La citoyenneté sociale peut être familialiste (ce sont les parents qui touchent les aides et prennent en charge en contrepartie le jeune qui est renvoyé à son statut d'enfant) ou individualiste (c'est le jeune qui reçoit directement l'aide et est considéré en tant qu'adulte). La citoyenneté économique peut-être inclusive (tous les jeunes reçoivent des compétences pour s'insérer sur le marché du travail via un investissement important dans les formations) ou sélective (les compétences professionnelles sont réservées à une partie de la jeunesse et pour ceux les moins qualifiés leur stratégie d'insertion sur le marché du travail porte non pas sur la formation mais sur un abaissement du coût de leur travail). Tom Chevalier croise ensuite ces variables pour proposer quatre types de citoyenneté, auxquelles il rattache la France (la citoyenneté refusée avec une politique familialisée et une stratégie économique sélective), l'Allemagne (la citoyenneté encadrée avec une stratégie sociale familialisée et économique inclusive), la Suède (la citoyenneté habilitante avec une politique individualisée et inclusive) et le Royaume-Uni (la citoyenneté de 2^{nde} classe avec une stratégie individualisée et sélective).

La France se caractérise par une citoyenneté refusée. Concernant la variable de la citoyenneté sociale, Tom Chevalier fait ici référence à la politique familialiste déjà détaillé dans la typologie d'André

³³ A l'exception du "RSA jeune", qu'il est possible de toucher avant 25 ans, lorsque l'on a un ou plusieurs enfants, ou encore lorsque l'on a travaillé au moins 2 ans au cours des 3 dernières années (plus exactement après avoir cumulé au moins 3 214 heures de travail sur les 3 dernières années).

Masson. La deuxième caractéristique de la France concerne l'accès à une citoyenneté économique retardée du fait d'un système de formation élitiste vecteur de fortes inégalités scolaires qui se traduisent ensuite par des difficultés d'insertion sur le marché du travail. Pour compenser ces difficultés d'insertion par le travail, l'Etat social mise sur des exonérations de cotisations sociales pour les entreprises qui embauchent des jeunes et sur le développement « d'emplois aidés » (emplois jeunes, emplois d'avenir). Si la France est aussi dotée d'un système de formation professionnelle dans le cadre de sa politique d'insertion, une étude de la DARES de 2012 montre qu'il bénéficie le plus aux jeunes diplômés de l'enseignement supérieur plutôt qu'à ceux faiblement diplômés.

2.2 Les jeunes comme objet de l'action publique

Ces formes d'encadrement de la jeunesse par les politiques publiques, correspondent également à des représentations de cette population. Dans une approche cognitive des politiques publiques, la sociologue Patricia Loncle analyse les systèmes de représentations sur lesquels se basent les politiques de jeunesse et leur déclinaison opérationnelle. *“L'intervention publique en direction de la jeunesse n'est pas le résultat des comportements, positifs ou négatifs, des jeunes mais bien de projections de la société adulte vis-à-vis de cette population. Si les problèmes liés aux conditions et aux niveaux de vie des jeunes constituent un point central d'intervention, ils sont articulés à des valeurs, des normes, qui visent à quadriller la jeunesse, à la contenir.”* (Loncle, 2010, p 40) Elle identifie trois conceptions de la jeunesse dominantes dans les politiques publiques : la jeunesse comme ressource, la jeunesse en danger et la jeunesse comme menace.

La figure de la jeunesse “ressource” joue un rôle symbolique majeur de légitimation des politiques publiques. La jeunesse est portée dans les discours publics (ce que montre l'analyse de Patricia Loncle sur les discours et textes politiques) comme étant “l'avenir”, dans un contexte de vieillissement de la population et d'un système de protection sociale reposant sur les solidarités intergénérationnelles. Il apparaît ainsi tout à fait légitime et valorisé d'agir auprès de cette population. Mais cette figure et la prégnance de la jeunesse dans les discours d'intention des politiques publiques reste en partie symbolique. En effet, l'action publique dédiée est disparate et porte sur des champs d'intervention très spécifiques (la santé ou l'insertion professionnelle par exemple). *“Avec les politiques de jeunesse, nous nous trouvons dans un domaine où la pratique discursive, la mise en scène symbolique sont peu relayées par des pratiques programmatiques [...]”* (Loncle, 2010, p 88) Cette prégnance de la dimension symbolique sur le pragmatique s'explique selon Patricia Loncle par la faiblesse d'une part de la sectorisation des politiques de jeunesse et d'autre part des instances de représentation des jeunes eux-mêmes dans les arènes politiques.

Les politiques de jeunesse ne disposent pas d'une administration clairement identifiée. Au niveau national, l'action publique en direction des jeunes se trouve diluée dans plusieurs politiques publiques sectorielles : affaires sociales, santé, emploi, éducation, enseignement supérieur, etc. Les interventions sur la jeunesse émanent principalement de l'échelon local et des structures associatives. Elles s'appuient sur les trois images de la jeunesse déjà évoquées: ressource (formation, emploi), à protéger (protection des mineurs, Aide Sociale à l'Enfance, ...) ou encore de la jeunesse comme un "risque" pour la société³⁴. Patricia Loncle identifie trois grandes formulations des problématiques de la jeunesse par les politiques publiques, correspondant à ces images : l'insertion dans l'emploi, la santé et la répression (Loncle, 2010).

La mise en avant de la problématique de l'insertion dans l'emploi correspond à la figure de la jeunesse comme ressource. Dans le contexte d'un régime de sécurité sociale reposant sur les solidarités intergénérationnelles et l'emploi, le chômage des jeunes apparaît comme un risque pour ce contrat social (Castel, 1995). Dans ce cadre, des dispositifs d'aide à l'insertion sociale et professionnelle se développent (notamment les missions locales, créés en 1982). Si ces structures adoptent au départ une approche globale de la situation des jeunes, leur méthode devient de plus en plus individuelle et contractuelle, basée sur la responsabilisation et l'activation des personnes (Voléry, 2007, Muniglia, Thalineau, 2012, Muniglia, Rothé, Thalineau, 2012). Cette pensée individualisée a pour revers de masquer les mécanismes sociaux à l'œuvre dans la position sociale occupée par la personne (contexte socio-économique marqué par un chômage fort), au profit d'une logique de responsabilité individuelle (Castel, 2009). C'est ainsi que les questions sociales se sont progressivement vues écartées de la problématique de l'insertion (Loncle, 2010), au profit de l'accès à l'emploi.

La problématique de l'emploi pose également des questions en termes de formation. Le manque d'adéquation entre les formations des jeunes et les besoins du marché du travail est une rhétorique forte dans les discours politiques et médias (Loncle, 2010). Pour autant, le nombre d'emploi estimés comme étant vacants (151 172 postes au 1er trimestre 2018³⁵) reste bien inférieur au nombre de

³⁴ Le projet de prévention de la délinquance élaboré suite au rapport de l'Inserm oublié fin 2005 sur les troubles de conduite du jeune enfant est un bon exemple de la perception de la jeunesse comme risque. Le rapport de l'Inserm préconisait d'identifier dès la crèche et la maternelle les enfants avec des troubles du comportement, en prévention de comportements délinquants à l'adolescence. Le collectif "pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans" s'est mobilisé pour dénoncer les dérives de ce rapport et du plan de prévention qui s'en est inspiré, aboutissant au retrait de l'article de loi sur le dépistage précoce. Voir plus: G. NEYRAND., *Faut-il avoir peur de nos enfants? Politiques sécuritaires et enfance*, 2006, La découverte

³⁵ Source: enquête Activité et conditions d'emploi de la main-d'œuvre (Acemo) trimestrielle pour les entreprises de 10 salariés ou plus. Consultée le 7 septembre 2018 à partir du site web suivant:

chômeurs (2,6 millions de personnes au 1er trimestre 2018³⁶). L'accès à l'emploi est donc très concurrentiel et défavorable pour les jeunes, principalement pour les moins diplômés, les plus vulnérables qui cumulent des facteurs limitant l'accès à l'emploi (discrimination résidentielle, absence de moyens de transports, etc.) (Galland, 2017).

Les discours de responsabilisation, de "devoir" de travail, sans transformation de fond des politiques publiques, exacerbent la culpabilisation et le mépris (Honneth, 2013) vis à vis d'une population déjà stigmatisée, puisqu'elle leur fait porter individuellement la responsabilité de leur "échec" à répondre à la norme d'insertion et à la morale libérale, tout en créant les conditions de cet échec (Duvoux, 2012). Cela se traduit notamment dans le plan "pauvreté" présenté le 13 septembre 2018, avec la mise en avant d'une logique d'activation (l'individu doit faire la preuve de sa bonne volonté et de ses efforts fournis), dans un quinquennat qui libéralise le marché du travail et privilégie les plus aisés (suppression de l'ISF versus non-indexation des prestations sociales sur l'inflation).

Concrètement, le plus grand secteur d'investissement dans la jeunesse comme ressource se traduit par l'action de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur. Selon la typologie d'Andreas Walther, les politiques d'éducation se situent entre les politiques « douces » telles que les politiques socio-éducatives et culturelles et les politiques « dures » que sont celles de l'activation du marché du travail, ou de répression (Walther, 2006). Les politiques d'éducation sont a priori positives en cela qu'elles visent la constitution d'un capital humain, la promotion d'individus autonomes et socialement intégrés. Pourtant, ces politiques ont un impact à nuancer. D'une part, selon l'enquête PISA de 2011, sur l'ensemble des pays de l'OCDE, les jeunes français sont ceux qui entretiennent les moins bonnes relations avec leurs enseignants (Loncle, 2013). D'autre part, la scolarité est une source de pression et de dévalorisation pour ceux qui ne répondent pas aux codes de la réussite scolaire (Van de Velde, 2008). Enfin, ajoutons à cela l'élément déjà évoqué de la reproduction des inégalités sociales via le système scolaire, dont le fonctionnement méritocratique ne permet pas une réelle égalité des chances (Merle, 2009).

La jeunesse constitue un objet symbolique important des politiques publiques, notamment pour sa figure de ressource sociale. Elle est également ciblée comme une population à risque dans le champ de la santé publique, du fait de certaines de ses pratiques. Dans ce sens, la jeunesse est parfois

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/statistiques-de-a-a-z/article/les-emplois-vacants>

³⁶ Source : Insee, enquête emploi. Consultée le 7 septembre 2018 à partir du site web: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3547180>

représentée comme une population à protéger. C'est ainsi que la prévention des addictions et conduites à risque a été largement investie par les politiques préventives.

La santé des jeunes, si elle fait l'objet de préoccupations à l'échelle nationale, est aujourd'hui pensée et mise en œuvre au niveau local. Depuis 2009, la décentralisation de la politique sectorielle de la santé est renforcée et instituée avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Chaque ARS peut définir des territoires de santé à l'échelle desquels elle peut réaliser des évaluations de l'état de santé de sa population et notamment des jeunes. Les collectivités locales, bien qu'elles n'aient pas de compétences spécifiques sur la santé, agissent également de façon croissante en prévention et promotion de la santé. C'est le cas par exemple pour les villes qui adhèrent au Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS ou au réseau Élus Santé Publique et Territoire, qui visent à penser les missions des collectivités en termes d'impact sur la santé et à agir par ce biais, en liant questions sociales et de santé. Elles promeuvent une vision globale de la santé, non pas centrée uniquement sur la responsabilité des individus mais également sur tous les déterminants sociaux de la santé, prenant ainsi en compte l'existence d'inégalités sociales de santé. Notons que ces actions sont optionnelles et dépendantes des volontés locales.

Ce lien entre conditions sociales d'existence et santé est pour beaucoup d'acteurs et institutions (en dehors du champ de la promotion de la santé) plus brouillé et tend vers une domination des discours "santé" sur le "social". C'est ce que Didier Fassin décrit avec le phénomène de sanitarisation des questions sociales (Fassin, 2004). Ce processus a pour conséquence d'individualiser les questions de santé et d'extraire par là même la responsabilité des organisations collectives qui peuvent faire souffrir les individus. Patricia Loncle distingue ainsi deux courants idéologiques « *l'un favorable à la promotion de la santé et de la prévention par les pairs, l'autre reposant sur la peur et la stigmatisation. Ce dernier courant bien décrit par Patrick Perretti-Watel (2010) est très largement majoritaire. Or, il est fondé sur une image extrêmement négative de la jeunesse qui serait en proie à toutes sortes de déviances et exposée à de très grands dangers. Les jeunes y sont infantilisés, perçus essentiellement comme dépendants.* » (Loncle, 2013, p 10).

Enfin, dernière catégorie d'action analysée par Patricia Loncle (Loncle, 2013), la répression fait l'objet d'investissement des politiques publiques ciblées sur les jeunes (correspondant à l'image du jeune comme menace). Le thème de la violence des jeunes, récurrent depuis la fin des années 60 (exemple de la médiatisation du phénomène des "blousons noirs" l'été 1959 ou encore des émeutes urbaines de 2005) fait l'objet de politiques de plus en plus punitives et de moins en moins éducatives ou protectrices. Les chercheurs travaillant sur la délinquance font part de prudence quant-à

l'apparente augmentation de ces phénomènes de violence. Ils observent en revanche clairement cette montée de la répression de la jeunesse et d'un modèle de justice basé sur la répression (Loncle, 2008). C'est dans ce cadre que se développent les mesures telles que l'abaissement du seuil de responsabilité pénale à 16 ans en 2001. Un glissement s'opère également avec l'action éducative qui s'adresse en premier lieu à des jeunes "à protéger", mais dont l'image peut être superposée à celle des jeunes comme menace. Ainsi, dans le plan pauvreté présenté le 13 septembre 2018, il est évoqué d'initier une mesure d'assistance éducative pour les jeunes mineurs décrocheurs scolaires qui ne se soumettraient pas à l'offre d'accompagnement proposée par les missions locales.

En somme, dans un article de 2013, Patricia Loncle propose une lecture de ces actions au regard de la typologie des actions « douces », « intermédiaires » et « dures » d'Andreas Walther, que l'on peut résumer de la façon suivante : les politiques douces, qui relèvent et défendent une vision positive de la jeunesse, sont les plus précaires car optionnelles et dépendantes des territoires. Les politiques intermédiaires (éducation, santé) qui apparaissent comme plutôt positives car elles défendent une idée de développement humain sont le reflet de « paniques morales » et sont peu valorisantes pour les jeunes qui ne répondent pas aux exigences et standards de réussite (réussite scolaire, conduites jugées à risque pour la santé, ...). Enfin, les politiques « dures » qui misent sur la répression de la délinquance juvénile et l'insertion dans l'emploi par des politiques d'activation figurent parmi les politiques les plus stables, ou en tout cas sont moins lésées que d'autres dans un contexte de restriction budgétaire.

3. La singularisation des parcours

Si les normes, institutions, cadres politiques façonnent des chemins possibles d'insertion pour les jeunes, il ne faut pas en oublier le pouvoir d'agir de ces derniers comme déterminant de leurs parcours. Les jeunes se saisissent des cadres structurels et les utilisent non pas seulement comme une réponse à des besoins, mais de façon stratégique et dans un processus de construction identitaire (Muniglia, Rothé, 2012).

Dans ce dernier point, nous présentons des résultats de recherche sur l'expérience du passage à l'âge adulte vécue par les jeunes, et plus particulièrement sur leur rapport aux normes d'autonomie et d'indépendance. Nous traitons également des risques, perçus par les jeunes contemporaines, de

déviations sociales vis-à-vis de leurs parents et de déviations existentielles, au regard de dissonances entre leurs valeurs et celles exigées pour une insertion sociale dans les normes.

3.1 Les injonctions à l'autonomie et à l'indépendance

Dans ses travaux, Cécile Van de Velde décrit des caractéristiques communes à la jeunesse française contemporaine : un sentiment d'urgence, d'irréversibilité des choix, de pression scolaire, ou encore des difficultés à s'insérer rapidement dans un emploi stable, etc. Les jeunes français sont tiraillés entre un idéal de réalisation de soi (la "logique du développement personnel"³⁷, trouver qui l'on est et ce que l'on veut dans la vie) et un sentiment d'urgence dans la réalisation de choix décisifs pour leur futur statut social. Dans ce contexte, il s'agit pour les jeunes de se démarquer et d'être compétitif pour s'assurer une place et un statut favorable dans la hiérarchie sociale. La pression et l'incertitude sont très présentes dans le rapport des jeunes à l'avenir. Au-delà de ces caractéristiques communes à la jeunesse contemporaine, il existe également de grandes différences dans les parcours du devenir adulte et les conditions d'existence. Le milieu social d'origine est une des variables clés pour expliquer ces différences de parcours. Comme évoqué dans les points précédents, les jeunes issus de classes sociales favorisées, avec un capital culturel, social et économique important, accèdent à des diplômes plus prestigieux et de niveau plus élevé. Leur place est légitimée par un système de reproduction de la domination de classe fonctionnant en apparence au mérite et à l'égalité des chances (Bourdieu, Passeron, 1964 ; Merle, 2009). Ces inégalités scolaires ont un impact majeur sur les trajectoires professionnelles, puisque ce sont les moins diplômés qui subissent ensuite le plus le chômage et des emplois précaires. Ces inégalités sociales se répercutent également sur l'accès à un logement autonome et les possibilités de son financement par le jeune (indépendance financière grâce à l'emploi) ou sa famille (dépendance partielle, autonomie financée par la famille lorsqu'elle en a les moyens).

Il y a donc des injonctions sociales à l'autonomie et à l'indépendance, qui constituent aujourd'hui, plus que le passage de seuils sociaux, le fait d'être adulte. Mais les conditions sociales et économiques rendent très difficiles l'accès à l'autonomie et à l'indépendance. Pour Cécile Van de Velde, cette contradiction est à l'origine de la montée de la colère de la jeunesse dans de nombreux pays (Van de Velde, 2016). C'est ainsi qu'elle analyse les mouvements sociaux de jeunes dans de nombreux pays ces dernières années notamment le mouvement des « indignés » en Espagne, « Nuit debout » en France, « le Printemps érable » au Canada, le mouvement des parapluies à Hong-Kong, etc. Dans le

³⁷ Pour reprendre le titre de chapitre de C.VAN DE VELDE, chapitre "se trouver, la logique du développement personnel, modèle du devenir adulte Danois.

mouvement des indignés, le slogan principal du mouvement « Toma la plaza » (« Prend la place ») est d'ailleurs une amplification symbolique très forte de l'enjeu de placement social pour la jeunesse. « Toma la plaza » est un appel multiple : à occuper la Plaza del Sol en ville, mais aussi une revendication à prendre sa place sociale sans être asservie à un système capitaliste inégalitaire et élitiste.

S'il existe de grandes différences entre ces mouvements, ils ont pour point commun de traduire une colère de la jeunesse face à des injonctions à l'indépendance et à l'autonomie auxquelles il n'est pas possible d'accéder du fait du contexte socio-économique. Cette colère traduit également une perception d'un nouveau risque, celui d'une dissonance entre les valeurs des jeunes et celles portées par le marché du travail auquel ils tentent de s'intégrer pour devenir indépendant et accéder à une citoyenneté socio-économique. Cela se traduit par un rejet du capitalisme financier, visible dans les discours, les slogans et pancartes (Van de Velde, 2015).

3.2 Les risques de déviations sociale et existentielle

La jeunesse contemporaine est fréquemment qualifiée de génération « sacrifiée », « perdue », ou encore « déclassée ». Ces adjectifs font référence à la contradiction entre le plus haut niveau de diplôme qu'ont les jeunes par rapport à leurs parents et le fait qu'ils sont confrontés à des conditions d'entrée et de maintien sur le marché du travail plus difficiles.

Des travaux sociologiques traitent des âges de la vie, dont la jeunesse, avec une approche générationnelle. Ces analyses permettent de penser les parcours individuels dans leur contexte socio-historique spécifique et de mettre ainsi en évidence des inégalités entre générations. Elles distinguent les générations familiales des générations sociales. Les générations sociales peuvent être identifiées selon les recherches en fonction de l'âge, de l'entrée dans un même statut (méthode utilisée pour les cohortes), ou en fonction d'événements sociaux historiques.

Louis Chauvel a mis en évidence un creusement des inégalités économiques et sociales entre les générations de "baby-boomers" et les générations plus jeunes (Chauvel, 1998). Ces dernières, pourtant plus dotées en diplômes, font face à des difficultés sociales plus importantes (en terme d'insertion dans l'emploi notamment). Or, ces épreuves générationnelles vont être très influentes dans la suite des parcours individuels. Une génération qui cherche à entrer sur le marché du travail en temps de crise sera par exemple confrontée à une plus grande précarité économique et résidentielle, entrera plus tardivement sur le marché de l'emploi et souvent dans des emplois précaires, ce qui pourra avoir un impact sur son accès à la propriété ou encore sur sa retraite. Dans la continuité de ces travaux, Camille Peugny a mis en lumière la moins grande mobilité sociale pour les cohortes nées après les

années 1970 (Peugny, 2009). Les enfants de cadre de ces générations sont ainsi plus exposés à une mobilité descendante et ceux d'ouvriers à une absence de mobilité.

Le contexte économique, social et normatif, amène à une forme de "désenchantement" sur l'avenir des jeunes. Ainsi Cécile Van de Velde observe-t-elle: *"à l'échelle de cette enquête comparée, les jeunes français sont apparus les moins "insouciantes" au cours de leur jeunesse, confrontés à un décalage entre leurs aspirations personnelles et une prédétermination induite par la structure sociale, accentuée par l'effet de la sélection de la formation et des difficultés d'intégration professionnelle."* (Van de Velde, 2008, p 166)

Mais au-delà du risque de déclassement social par rapport aux générations précédentes, ce que semblent craindre le plus les jeunes se situe au niveau existentiel. C'est ce que montre l'analyse de Cécile Van de Velde, des colères contemporaines de la jeunesse. *Aujourd'hui, les jeunes générations font davantage part d'une difficulté à « exister » pleinement dans la société et dans les parcours socialement tracés. Le processus même d'ajustement au marché tend à exiger un arbitrage entre son « être » et sa « place » dans la société, car la mise en coïncidence des deux est rendue difficile par l'accentuation de la pression sociale. Pour une génération marquée par une puissante norme d'individuation, l'ajustement de soi à un marché du travail qui ferme ses portes produit cette forte tension existentielle, potentiellement vécue comme une entrave au « projet d'être » et à la réalisation de soi. Ajuster ou réajuster son « être » aux règles du jeu social exige un travail potentiellement éprouvant pour l'individu, avec l'ombre d'une possible « déviation » de soi.* » (Van de Velde, 2016, p 50).

L'individualisation des parcours et l'injonction à « se trouver », à « devenir soi-même » peut donc être à l'origine de dissonances cognitives, lorsqu'il s'agit de renoncer à une part de ses principes et idéaux pour avoir un emploi dans un contexte compétitif. Pour Alain Ehrenberg, cette injonction à devenir soi-même, dans une version répondant à des standards de responsabilité et d'initiative, dont l'autoentrepreneur est une figure idéale, peut-être à l'origine de dépressions. Alors que tous les chemins sont en apparence ouverts, les jeunes se confrontent à de grandes difficultés pour faire aboutir ces parcours singuliers qu'ils sont incités à emprunter. Cécile Van de Velde parle « d'injonction sociale à la singularisation, enrayée par les difficultés économiques » (Van de Velde, 2016, p 51).

Ces travaux de Cécile Van de Velde mettent en avant le lien entre les dimensions structurelles et individuelles dans l'orientation des parcours de jeunesse. Claire Bidart reprend le terme « d'ingrédients de l'action », développé par Michel Grossetti, pour analyser ces interactions entre différentes variables et leur impact sur les parcours de jeunes. Dans son enquête longitudinale sur les

parcours de vie de jeunes, elle analyse des périodes de bifurcation pour en dégager les déterminants. Elle montre comment le rapport des jeunes aux normes et injonctions sociales peut évoluer en fonction de leur cheminement personnel, d'événements de vie, etc. et va marquer les prises de décisions, comme par exemple pour le parcours professionnel.

Conclusion

La période de transition entre la jeunesse et l'âge adulte se caractérise par son incertitude. Si les environnements de vie et la détention de capital social, culturel, économique et symbolique (Bourdieu, 1971, 1979) façonnent des destins sociaux inégaux, la morale méritocratique de l'institution scolaire fait pourtant peser sur les individus la responsabilité de leur positionnement dans la hiérarchie sociale. L'incapacité des individus à répondre aux exigences sociales de performance et de compétitivité peut alors être génératrice de souffrance psychique. C'est ainsi que le sociologue Alain Ehrenberg explique la montée de la dépression dans nos sociétés contemporaines individualistes (Ehrenberg, 1991, 1996, 2000). Ainsi, même pour des jeunes fortement dotés en capital social, économique et culturel et donc particulièrement bien placés pour jouer le jeu scolaire, la perception de la scolarité comme très compétitive et déterminante pour l'avenir social, peut générer une forte insécurité, voire de la souffrance psychique. Nous y reviendrons dans le chapitre dédié à la scolarité, par l'analyse des situations qualifiées de « phobie scolaire ».

Ce poids du milieu social d'origine dans les parcours de vie des jeunes est renforcé en France par le cadre politique familialiste : ce sont aux parents de prendre en charge le logement, l'alimentation, la scolarité etc. de leur enfant, jusqu'à ses 25 ans, hormis les situations où les jeunes sont entrés dans le système de protection de l'enfance. Les politiques publiques actuelles exacerbent également la responsabilisation des jeunes sur le façonnage de leur avenir en plaçant l'emploi comme principal levier d'insertion sociale et en mobilisant des logiques d'activation, qui mettent à l'écart les questions sociales (Loncle, 2010).

Une partie de la jeunesse contemporaine, à travers de fortes mobilisations sociales, conteste ces injonctions à la performance du système néolibéral, qui portent des normes et valeurs qu'ils considèrent comme injustes et inégalitaires et dans lesquelles ils ne se retrouvent pas (Van de Velde, 2016). C'est ainsi que Cécile Van de Velde analyse la montée des mouvements étudiants dans de nombreux pays ces dix dernières années. La nécessité de se plier à ces règles sociales pour subvenir à leurs besoins sans se retrouver dans un système de marge sociale crée des dissonances existentielles nouvelles. Les différents événements de vie, le contexte structurel ou encore le système normatif dans

lequel les jeunes évoluent, sont déterminants et constituent des « ingrédients » (Bidart, 2009, Grossetti, 2004) des décisions et orientations que les jeunes donnent à leurs parcours.

Si ce contexte sociologique semble déterminant dans le développement de formes de « souffrances sociales contemporaines » (Ehrenberg, 2011), quel impact ces souffrances ont-elles sur l'insertion sociale des jeunes ? Comment va être négocié le passage des épreuves sociales collectives de la jeunesse (scolarité, emploi, etc.) ? De quelles manières les politiques publiques encadrent et déterminent-elles les parcours d'insertion de jeunes avec des troubles psychiques ? Comment les inégalités sociales observées dans les parcours se répercutent-elles dans un contexte où du soin psychique est mis en place ? Enfin, comment les jeunes négocient-ils leurs choix de vie, au regard des troubles psychiques ? Ou bien encore, comment les troubles psychiques vont-ils impacter leur vie quotidienne ? Comment cela va-t-il modifier la représentation que les autres se font de la capacité des jeunes à agir pour eux-mêmes et ainsi modifier le jeu des interactions sociales ? Comment les normes et valeurs des jeunes vont-elles évoluer et ainsi influencer leurs prises de décisions ?

Nous répondrons à ces questions dans les parties deux et trois de cette thèse grâce à l'analyse des matériaux de terrains recueillis. Mais avant cela, nous présentons dans le chapitre 2 le cadre normatif et institutionnel du champ de la santé mentale. La santé mentale est en effet, avec celui de la jeunesse, un champ déterminant de l'orientation des parcours de vie de jeunes confrontés à des troubles psychiques.

Chapitre 2 : Troubles psychiques, de la qualification à l'institutionnalisation, quels parcours ?

Deux éléments clés caractérisent notre population d'enquête au regard de notre problématique : sa jeunesse d'une part, et le fait qu'elle est confrontée à des troubles qualifiés de psychiques, d'autre part. La jeunesse est une période de la vie riche en transitions statutaires, marquée par le passage d'épreuves sociales (Martuccelli, 2006), comme la scolarité et l'insertion dans l'emploi. Si l'étude intergénérationnelle des strates sociales montre une reproduction toujours active des inégalités, l'expérience des jeunes est caractérisée par l'urgence et la concurrence pour se placer dans la hiérarchie sociale, avec un sentiment d'incertitude sur l'avenir et les possibilités à prendre une place en adéquation avec ses valeurs (Van de Velde, 2015, 2016). Comment la qualification de troubles psychiques, événement de vie imprévu, vient-elle impacter ces parcours de jeunesse ? Quels sont les variables en jeu dans la renégociation des parcours de vie, au regard de l'apparition des troubles psychiques ?

Ces questions se posent d'autant plus que la santé mentale des jeunes est une priorité de l'agenda des politiques publiques. La souffrance psychique chez les jeunes est décrite par de nombreux acteurs comme en augmentation. De nouvelles formes de troubles psychiques semblent également se développer. C'est le cas par exemple pour le phénomène « Hikikomori » ou encore pour la « phobie scolaire » (Fansten et al. 2014, Morel, 2014).

Dans la continuité des travaux sociologiques sur la psychiatrie, nous appréhendons les troubles psychiques dans leur dimension sociale, c'est-à-dire comme socialement et historiquement situés³⁸. Au fil du temps et selon les espaces, les comportements qui sont qualifiés de troubles psychiques varient. Il en découle un encadrement différent des personnes faisant l'objet de cet étiquetage. Si l'organisation de la psychiatrie a beaucoup évolué depuis les critiques des années 1970 sur la prise en charge des malades au sein des asiles, institutions totales (Goffman, 1961), l'insertion et la place sociale des malades reste une question importante à l'agenda des politiques publiques.

Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de présenter au préalable les connaissances sociologiques, historiques et politiques sur la psychiatrie et les parcours de personnes psychiatriées. Les travaux sur le sujet, sans qu'ils soient spécifiquement centrés sur les jeunes, nous permettent

³⁸ Nous ne nions pas pour autant leurs composantes biologiques ou psychologiques de ces troubles.

d'appréhender le cadre normatif et politique dans lequel se déroulent les parcours de notre population d'enquête. Nous souhaitons croiser à la fois les enjeux sociaux du passage à l'âge adulte et ceux de la psychiatrie, pour comprendre comment ils peuvent entrer en tension et être des déterminants des parcours de vie des jeunes.

Nous nous intéressons dans ce chapitre à différentes formes de traitement social qui impactent les parcours des jeunes.

Dans un premier temps, nous nous penchons sur le rôle du social (plus spécifiquement la représentation des comportements normés) dans le développement et la qualification des troubles psychiques. De nouvelles formes de troubles semblent se développer en réponse à l'organisation sociale contemporaine individualiste. Ces manifestations, selon la forme qu'elles prennent, leur impact sur la vie du jeune et de son entourage, selon encore le milieu social du jeune, seront interprétées différemment. La qualification des troubles psychiques, au-delà de la traduction de préoccupations psychologiques et médicales, est fortement sociale.

Dans un deuxième temps, nous traitons d'un enjeu historique majeur de la psychiatrie : la place sociale des usagers. L'histoire de la psychiatrie met en lumière les différentes places sociales des personnes confrontées aux troubles psychiques, selon les espaces, les époques, les manifestations des troubles : tantôt intégrés dans la cité, tantôt enfermés dans des institutions totales, tantôt pris en charge dans des institutions ouvertes. L'organisation actuelle des réponses politiques au problème social que représentent les troubles psychiques, se traduit par une multiplication des acteurs et secteurs impliqués. Ces réponses composent aujourd'hui une toile complexe, traversée par de multiples tensions éthico-politiques et organisationnelles (Demailly, Autès, 2012) qui participent à façonner les parcours.

Enfin, le troisième point porte sur les parcours de personnes avec des troubles psychiques. Dans un premier temps, nous présentons le concept de parcours tel qu'il est pensé en santé publique. Le « parcours » en santé publique est en effet un objet sur l'agenda des politiques publiques qui a un impact sur l'organisation des prises en charge et sur les parcours des personnes. Dans un dernier temps, nous présentons des éléments de la littérature sur les parcours de personnes avec des troubles psychiques, en axant notre propos sur les déterminants et inégalités sociales en jeu.

1. La qualification des troubles psychiques, la part du social

La qualification des troubles psychiques comme problème de santé se caractérise par la puissance de l'influence sociale. D'une part, parce que les troubles psychiques et leurs manifestations semblent intriqués aux formes des sociétés. Ils peuvent être considérés comme l'expression d'un malaise social. D'autre part, car leur manifestation se traduit principalement dans le rapport aux autres, aux relations sociales. Ils constituent une déviance aux normes de conduite sociales. Enfin, les troubles psychiques et leur diagnostic est social, car il est variable dans le temps et l'espace. Ce qui est considéré comme relevant d'un trouble psychique à un moment donné peut par la suite entrer dans la norme, du fait de changements sociaux et moraux. Ainsi, l'analyse du processus de qualification de troubles psychiques met en lumière des normes, des systèmes de valeurs, des traitements sociaux différenciés.

Dans ce point, nous présentons des éléments de la littérature sociologique sur la psychiatrie, qui mettent en lumière différentes facettes du processus de construction sociale des troubles psychiques. Ces mécanismes ne concernent pas spécifiquement les jeunes. Mais il est intéressant de les poser pour appréhender par la suite la manière dont ils se jouent au cours de cette période de la vie de positionnement identitaire, riche en transitions statutaires et en incertitudes.

1.1 Variabilité dans le temps et l'espace

La forme et les manifestations des troubles psychiques évoluent selon le temps et les sociétés. Elles traduisent « des transformations profondes affectant tant les sociétés que les individus » (Coutant, Wang, 2018, p 14). C'est dans ce sens qu'Alain Ehrenberg s'est intéressé à l'apparente explosion du nombre de dépressions (Ehrenberg, 1991, 1996, 2000). Ses travaux soutiennent la thèse d'une société de la compétition généralisée, qui par son "culte de la performance", est génératrice de dépression. *« Aujourd'hui la domination presque sans partage de l'économie de marché et du modèle libéral exacerbe les concurrences interindividuelles, en particulier dans le champ économique, mais aussi dans le système scolaire et, d'une certaine façon, à l'intérieur même des structures familiales et des relations affectives où l'instabilité devient la règle. N'ayant plus tant à correspondre à ce que l'on attend de lui qu'à être force de proposition, l'individu est sommé d'être lui-même et donc de s'inventer, de se construire une identité à travers tous les possibles. »* (Ehrenberg, 2000). C'est l'incapacité à répondre aux injonctions de réussite et aux idéaux de réalisation de soi, qui amène à la dépression. La société individualiste fait de plus porter la responsabilité de ces "échecs" sur les personnes et non sur le collectif, le fonctionnement social, ce qui exacerbe la dépréciation de soi.

Ces enjeux d'autodétermination de soi sont particulièrement présents pour les jeunes, qui sont censés faire des choix de vie déterminants sur une courte période et définir ce qui sera constitutif de leur identité.

On peut lire dans cet angle d'analyse le développement de manifestations, telles que le retrait prolongé à domicile, les « Hikikomori », comme une réponse intime à de nouvelles organisations sociales (Fansten et al. 2014). Le terme Hikikomori désigne des jeunes qui évitent toute participation sociale et restent cloîtrés en permanence chez eux pendant plus de six mois (Saito, 1998). Le phénomène touche principalement des jeunes de milieux sociaux favorisés, qui ont la possibilité de s'isoler dans une pièce à part. Ce sont également en majorité des hommes. Le phénomène de retrait commence au moment de l'adolescence, au début de la période intense en changement sociaux. Cette conduite est très présente au Japon.

Pour qualifier le phénomène Hikikomori, Cristina Figueiredo reprend l'expression de « pathologie du seuil » de la psychiatre Marie-Rose Moro (Figueiredo, 2019). Dans cette conception, le retrait à domicile est une manière de ne pas franchir des seuils sociaux (et physiques puisque les Hikikomori franchissent peu le seuil de leur porte). Ce comportement est une manière de mettre en suspens des injonctions sociales qui génèrent de la détresse. *« Rester dans l'entre soi familial peut être une manière d'interpeller son environnement sur la peur qu'occasionne le passage à l'âge d'homme. Il n'est pas anodin que ces retraits soient si fréquents entre quatorze et vingt-cinq ans, âges de la maturation physique et des tensions qui peuvent l'accompagner, âges des étapes qui ne peuvent être manquées sans que cela n'occasionne des fêlures irrémédiables dans le parcours biographique d'une personne »* (Figueiredo, 2019). Ainsi, la conduite Hikikomori est l'expression d'une souffrance liée aux conditions d'existence d'une génération. Les jeunes semblent également particulièrement touchés par d'autres troubles psychiques, tels que les dépressions, les troubles alimentaires ou l'auto-violence. Les phénomènes de « phobie scolaire » semblent également se développer et traduire une souffrance qui s'exprime en regard de la scolarité.

Dans une autre approche, le philosophe Ian Hacking a étudié le poids de la médiatisation de pathologies sur leur développement (Hacking, 1995). Il parle de « looping effect » pour caractériser le lien entre le repérage de nouveaux troubles par des médecins, troubles qui sont ensuite médiatisés puis appropriés par des personnes. Le diagnostic de personnalité multiple est une illustration de ce « looping effect » : suite à la médiatisation et à l'introduction de ce diagnostic dans le manuel « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder » en 1980, les cas de personnalité multiples ont explosé aux Etats Unis.

Cet exemple est également représentatif du rôle particulier joué par le diagnostic psychiatrique dans la qualification des troubles. Concernant le diagnostic en psychiatrie, la base organique des troubles psychiques fait l'objet de recherches et de débats. Cette dimension organique des pathologies psychiatriques n'est pas toujours vérifiable, comme cela est possible par exemple grâce pour des pathologies organiques (par exemple pour vérifier qu'un os est cassé). Le diagnostic psychiatrique actuel se base sur un examen clinique des personnes, qui laisse une marge d'interprétation. C'est ainsi que selon le médecin psychiatre qu'elle rencontre, une personne peut faire l'objet de diagnostics différents (Dorvil, 1990).

Actuellement, deux guides majeurs catégorisent les pathologies psychiatriques. Le premier, le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (plus communément appelé le DSM-Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) est réalisé par l'association américaine de psychiatrie. Le second, la Classification Internationale des Maladies (CIM), est éditée par l'OMS. Ces manuels sont régulièrement mis à jour, puisque la version 5 du DSM est sortie en 2013 et une CIM 11 est adoptée en 2018. Ces manuels définissent ce qui relève ou non de pathologies mentales, mais aussi les traitements associés aux troubles. Ils s'appuient sur une approche par la preuve, en définissant des signes objectivables de pathologies.

Le DSM fait l'objet de débats notamment du fait des liens entretenus par une partie des psychiatres de l'association avec l'industrie pharmaceutique (Cosgrove *et al*, 2006). Autre élément, le DSM est également critiqué pour sa pathologisation de la souffrance, qu'il place comme un phénomène hors norme. Par exemple, dans le DSM IV de 2000, la tristesse suite au décès d'un proche depuis moins de deux mois est considérée comme normale. Dans le DSM V de 2013, cette tristesse dans ce même contexte peut entrer dans la catégorie des dépressions.

Ces deux classifications, CIM et DSM, s'opposent aux diagnostics traditionnels de la psychanalyse tournés vers le tryptique névrose, psychose et perversion. Pour cette dernière approche, le manuel clé est la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA). Selon les influences théoriques des professionnels, la culture locale, ces trois manuels (DSM, CIM, CFTMEA) peuvent conduire à des diagnostics différents. C'est toutefois sur les catégories de la CIM et du DSM que doivent s'appuyer les psychiatres dans le cadre du financement à l'activité, c'est à dire pour associer un diagnostic à des soins et traitements standardisés et donc des coûts standardisés. Ce fonctionnement fait l'objet de critiques et de stratégies de contournement de la part des psychiatres insatisfaits de ces manuels³⁹.

³⁹ Nous y reviendrons dans le chapitre 3.

1.2 Milieux de vie et souffrance

La thèse de l'ancrage social des troubles psychiques soulève la question du rôle des milieux de vie et des conditions sociales d'existence sur la souffrance. De multiples travaux en promotion de la santé soulignent l'existence d'inégalités sociales de santé (Desplanques G, 1973; Cambois E., Laborde C., Robine J.-M., 2008; Guignon N, 2008, etc.), c'est à dire la "*relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale*" (Guichard, Potvin, 2010). En France par exemple, l'espérance de vie en bonne santé à 35 ans des hommes de la catégorie "cadre supérieur" est de 34 ans, tandis qu'elle est de 24 ans pour les hommes de la catégorie "ouvrier" (Lang, p 65). Qu'en est-il pour les troubles psychiques ? La réponse à cette question fait l'objet de controverses (Autès M, 2012). Les travaux épidémiologiques sur ce thème sont moins nombreux que pour les pathologies somatiques. Peut-être cette faiblesse est-elle liée aux freins spécifiques à la recherche épidémiologique en santé mentale⁴⁰. Des données qualitatives sont disponibles à ce sujet : depuis le milieu des années 1980, les professionnels de l'action sociale témoignent d'une augmentation de la souffrance psychique chez les usagers de leurs services. Selon Michel Foucault le lien entre troubles psychiques et situation sociale s'explique par l'encadrement de la pauvreté par la psychiatrie (Foucault, 1961).

Nous considérons dans cette thèse que la précarité et des situations sociales difficiles, peuvent être génératrices de souffrances. De plus, les troubles psychiques ont un impact social différencié en fonction de la situation et du milieu de vie des personnes. Par exemple, les personnes travaillant dans des environnements soumis à une forte pression, à des cadences soutenues et à des contrats temporaires auront plus de risque de se voir éloignées du monde du travail au regard de leurs troubles psychiques. A l'inverse des personnes travaillant dans la fonction publique peuvent connaître une meilleure protection que des employés du secteur privé (Demailly, 2011).

Ce constat amène à s'interroger sur la médicalisation, ou plus précisément la psychologisation et psychiatrisation du social. En d'autres termes, les inégalités sociales et les situations qu'elles engendrent tendent-elles à être traitées en termes de santé mentale ? Ce traitement s'inscrit dans un changement de paradigme quant au mode de lecture du social, ou un changement d'"ethos", comme le nomme

⁴⁰ Faut-il s'appuyer sur la délivrance de médicaments pour calculer la prévalence des troubles psychiques ? Mais dans ce cas, quid de l'influence des lobbyings pharmaceutiques ? Faut-il se baser sur les statistiques des établissements de soin ? Mais comment compter alors la grande part de la population dans le non-recours ou celle qui fait appel à des professionnels libéraux ? Comment prendre en compte cette population qui n'a pas toujours de diagnostic ? Autant de questions qui s'avèrent freiner la recherche épidémiologique en santé mentale.

Didier Fassin. “[...] à chaque époque, la façon dont est lu l’espace social et dont sont définis les modes d’intervention visant à le transformer constitue un ethos, autrement dit une manière culturellement codifiée et historiquement située de considérer les choses qui nous entourent et notre place dans le monde” (Fassin, 2004). Pour Didier Fassin, un “éthos” de l’écoute domine aujourd’hui, c’est à dire qu’entre les différentes voies possibles d’interprétation du phénomène social, c’est la lecture en termes de souffrance psychique qui domine (alors que d’autres lectures sont possibles en termes de risque ou de sécurité par exemple).

Ces constats impliquent pour la recherche, de considérer comme réelle la souffrance psychique et les inégalités sociales en santé mentale, tout en prenant en compte les caractéristiques socialement situées de la lecture de ces situations en terme de santé. *“Prétendre aborder les questions de souffrance et d’écoute dans la perspective adoptée ici suppose, on l’aura compris, un exercice délicat consistant à s’intéresser à un objet sans le prendre pour argent comptant, mais sans non plus laisser croire qu’il ne s’appuie sur aucune réalité.”* (Fassin, 2004, pp 45-46).

1.3 Rapport à la norme

Les troubles psychiques sont couramment définis en sciences humaines et sociales par rapport à un écart à la norme. Ce point est explicitement annoncé dans la définition des troubles mentaux selon l’OMS : *“ ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d’émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux”*.⁴¹ Les normes sociales évoluant dans le temps et l’espace, les frontières de ce qui relève de troubles psychiques sont donc variables. Le social est une composante forte de la définition du trouble psychique. C’est ainsi que jusqu’en 1974, l’homosexualité était classée comme une pathologie mentale, faisant l’objet d’un traitement psychiatrique. On voit bien à travers cet exemple la dimension morale et normative très importante dans la nosographie psychiatrique (Dorvil, 1990). Une autre illustration de cet aspect social est la variation des registres interprétatifs de mêmes symptômes. Par exemple, des manifestations qui seraient aujourd’hui qualifiées de délire psychiatrique étaient considérées au moyen-âge comme une possession divine ou démoniaque (Demailly, 2011).

La manière dont les troubles psychiques se manifestent en fait également un trouble social. En effet, ils vont se traduire dans les relations aux autres et au monde social (Dorvil, 1990). Avant la révolution industrielle, ces troubles n’étaient pas considérés comme une maladie mais plutôt comme

⁴¹ Source: OMS, Site consulté le 24 septembre 2018:
http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/

une condition sociale, qui pouvait être acceptée ou réprimée, au même titre que la pauvreté ou l'itinérance. « *Historiquement, les malades mentaux ont partagé les lieux du contrôle social avec les pauvres, les prisonniers, les individus de moralité douteuse* » (Dorvil, 1990, p. 44). Par exemple, la maison d'enfermement de l'hôpital général de Paris, créée en 1656, met en détention de nombreuses personnes considérées comme malades et devant pour cela être exclues de la société (fous, mendiants, libertins, homosexuels, protestants, ...) (Hochmann, 2011). La révolution française marque sur ce sujet un tournant en reconnaissant la citoyenneté de chacun et l'individu comme valeur. C'est également à cette époque qu'une distinction est opérée entre la détention des malades et des prisonniers de justice. L'histoire de la psychiatrie montre comment les troubles psychiques ont fait l'objet de prise en charge différenciées (par les champs sanitaire, sécuritaire, religieux, spirituel, etc.), en lien avec les multiples registres d'interprétation des troubles (possession divine ou démoniaque, maladie, risque pour la société, etc.) (Demailly, 2012).

Dans une perspective constructiviste, François Sicot étudie la maladie mentale comme une déviance. Dans son ouvrage, « *maladie mentale et pauvreté* », il utilise une comparaison entre sociologie de la criminalité et sociologie de la maladie mentale.

La sociologie de la criminalité distingue la criminalité réelle (catégorie dont on ne peut tracer les contours car on ne repère pas toutes les infractions commises dans la population), la criminalité apparente (l'ensemble des infractions connues de la police et du parquet mais pas encore jugées), et la criminalité légale (tout acte légalement sanctionné). De la même manière François Sicot distingue la maladie théorique (les 1% de schizophrénie en population générale par exemple), la maladie apparente (personne repérée par les services psychiatriques, en attente de consultation ou de diagnostic) et la maladie traitée (diagnostiquée et/ou traitée).

Dans cette approche, il identifie quatre phases de construction de la maladie. La première se rapporte à l'émergence culturelle de la maladie, c'est-à-dire à la lecture de manifestations comme déviant de la norme et relevant du psychique. Il montre comment cette lecture est située socialement. La deuxième phase est celle des régulations informelles mises en place pour gérer cette déviance. La troisième phase, est celle des régulations formelles, c'est-à-dire professionnelles et institutionnelles, principalement par les travailleurs sociaux, la justice, la médecine générale. La quatrième et dernière phase est celle de la prise en charge en psychiatrie.

La déviance n'existe que parce qu'elle est qualifiée comme telle par autrui (Goffman, 1961). Ainsi pour être « *apparents* », les troubles psychiques doivent être qualifiés comme tel par une personne.

Dans cette perspective il est très intéressant de regarder quels sont les comportements, manifestations, qui font l'objet d'une qualification en termes de troubles psychiques, dans un système moral et normatif donné. François Sicot met lumière l'influence du milieu social de la personne sur le processus de qualification, de gestion informelle et formelle des troubles. Ainsi, la gestion familiale des troubles s'étire davantage dans le temps dans les milieux populaires que dans les classes favorisées qui font rapidement appel à des professionnels médicaux pour gérer l'écart à la norme (Sicot, 2001).

2. Les troubles psychiques et leurs impacts, quelles prises en charge institutionnelles ?

Si l'on reprend l'analyse de la construction des troubles psychiques en psychiatrie de François Sicot, une étape pouvant suivre la qualification sociale des troubles psychiques est leur prise en charge formelle, c'est-à-dire par des institutions relevant de soins dédiés.

Dans le courant des années 1960-1970, la prise en charge des troubles psychiques change en profondeur dans ses principes et son organisation, avec la mise en place du secteur psychiatrique. Ces transformations s'inscrivent dans un contexte de promotion de la santé mentale, promu à l'échelle internationale par l'OMS, regroupant un large spectre de situations et englobant les pathologies psychiatriques. Les acteurs impliqués dans la prise en charge des troubles psychiques se multiplient, de même que les secteurs de l'action publique concernés. La représentation des usagers et de la vie qu'ils peuvent mener évoluent également vers une philosophie plus inclusive. Ce cadre de l'action et sa mise en œuvre, sont à l'origine de tensions, relatives à l'éthique, à l'organisation et aux modes de régulation, dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale (Demailly, Autès, 2012).

Dans un premier point nous présentons un rapide historique de la construction des prises en charge⁴² des malades psychiques, entre « tentation sociale et tentation sanitaire » (Jaeger, 2012). Ce détour historique nous permet de comprendre l'organisation actuelle de ces prises en charge, ses enjeux, et la manière dont ils façonnent les parcours de vie des usagers. Dans un dernier temps, nous présentons trois « figures » d'usagers de la psychiatrie et analysons la manière dont ces représentations constituent la base cognitive de différentes orientations de prise en charge des usagers de la psychiatrie.

⁴² Par « prendre en charge », nous entendons « s'occuper de ». De la même manière que Lise Demailly, nous souhaitons ici répondre à la question suivante : « Comment s'occupe-t-on des sujets troublés dans notre société ? » (Demailly, 2011, p 57).

2.1 De la psychiatrie à la santé mentale

Le traitement des malades mentaux au sein des hôpitaux psychiatriques durant la seconde guerre mondiale va très fortement ébranler la psychiatrie : des milliers de malades sont morts de faim, abandonnés dans les asiles, au cours de cette période (Von Bueltzingsloewen, 2002). Dès 1945, un syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques se crée et revendique une nouvelle organisation de la psychiatrie, appuyée sur une approche humaniste des malades. Ils revendiquent une ouverture de l'hôpital et une prise en charge unitaire, globale et localisée sur un territoire, allant de la prévention, aux soins et à la postcure. Ces discussions, bien que le terme n'y soit pas évoqué, posent les bases du secteur psychiatrique (Postel, Quetel, 2012), c'est à dire de l'organisation actuelle des prises en charge en psychiatrie.

Avec la psychiatrie de secteur, c'est toute l'approche des malades et la philosophie de leur prise en charge qui est renouvelée. Le secteur psychiatrique naît en 1960 par circulaire ministérielle, sous l'impulsion d'un groupe de psychiatres militants⁴³. Cette nouvelle organisation sera précisée ensuite par plusieurs lois et décrets jusque dans les années 1990⁴⁴. Ces textes prévoient que chaque secteur psychiatrique prenne en charge une population géographiquement définie et propose des services allant de la prévention à la prise en charge de troubles psychiques. La sectorisation devait permettre d'améliorer la coordination des prises en charge et d'étendre le panel de l'offre tout en prenant en compte l'environnement de la personne et les situations de risque (prévention). Elle devait également modifier l'organisation hospitalo-centrée, critiquée par le mouvement de psychothérapie institutionnelle (Demailly, Autès, 2012).

La psychiatrie communautaire se développe en parallèle, venant marquer une rupture avec le dogme de l'isolement prévalant jusque-là. Tout un réseau d'acteurs (différents professionnels et proches) s'étend autour de la personne malade, avec pour vocation d'assurer chacun selon leur rôle :

⁴³ Nous reprenons la distinction opérée par Nicolas Henckes entre la psychiatrie de secteur, qui renvoie à une idéologie, le secteur psychiatrique à une organisation et la sectorisation à un processus (Henckes, 2007).

⁴⁴ Par exemple : La loi du 25 juillet 1985 confère au secteur psychiatrique un statut légal. La loi du 31 décembre 1985 définit le Centre Médico-Psychologique (CMP) et rattache chaque secteur psychiatrique à un établissement hospitalier public de référence, qui gère les activités intra et extra hospitalières. Les financements pour ses missions sont regroupés. Le décret du 14 mars 1986 crée les trois types de secteur psychiatriques adultes, infanto-juvénile et pénitentiaire. Elle distingue également les établissements avec et sans hébergements. La loi de finance de 1986 prévoit quant-à elle une dotation globale pour le secteur. Alors que les CMP étaient avant financés par une dotation spécifique, ils le sont maintenant par l'hôpital. (Velpry, 2008)

le suivi thérapeutique, le soutien matériel, la veille au maintien de l'ordre, etc. Ces mouvements de psychiatrie de secteur et communautaire ont permis le développement de nouvelles structures de prise en charge : les hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques, logements aménagés, etc. Mais c'est en même temps une période de renouveau pour la psychiatrie, qui voit le champ de ses professions se développer. L'intérêt de la psychiatrie se porte dorénavant non plus sur la nosologie mais sur des modalités de prise en charge et de thérapeutiques. Les diagnostics symboles du pouvoir médical et d'un long enfermement sont rejetés.

Ce mouvement a également permis le développement de la psychiatrie de l'enfance. Longtemps cantonnée au retard mental, puis aux troubles du caractère et du comportement, celle-ci s'ouvre à de nouveaux travaux et surtout, à de nouvelles prises en charge : Instituts médico-sociaux, secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, développement des liens entre psychiatrie et école, etc. Avec la mise à l'agenda de nouvelles problématiques chez les jeunes (addictions, troubles de l'alimentation, etc.), la psychiatrie adolescente va également se développer.

Concrètement, il existe aujourd'hui 829 secteurs de psychiatrie adulte et 320 de psychiatrie infanto-juvénile. Les secteurs sont définis en fonction de la population : les secteurs adultes comprennent une population d'environ 60 000 habitants. Les secteurs se composent de lits d'hospitalisation en établissement spécialisé ou non, un ou des CMP, et d'autres structures telles que des hôpitaux de jour, CATTP, appartements thérapeutiques, centres de postcure, hospitalisation à domicile, etc. Au sein du secteur, le CMP joue un rôle central d'accueil, orientation, consultation, coordination des soins ambulatoires, etc. Les équipes de CMP peuvent être composées d'infirmiers, assistants sociaux, psychiatres, psychologues, éducateurs spécialisés. L'idéal du secteur est de prendre en charge les personnes sur le plan thérapeutique (psychique et somatique) mais aussi de l'intégration sociale, professionnelle, en se préoccupant de leur logement, activités de loisirs, travail, qualité de vie quotidienne, etc. Dans les faits les pratiques des secteurs sont très variables (Roelandt, 2006) et rencontrent des difficultés (hospitalocentrisme récurrent, difficultés dans la coordination de la diversité des acteurs, manque de moyens, etc.) (Demailly, Autès, 2012). La sectorisation en psychiatrie a amené à une baisse du nombre de lits d'hospitalisation, une multiplication des acteurs professionnels impliqués (venant du sanitaire mais aussi du médico-social et du social) et le développement d'un éventail de services (touchant la prévention, le soin et l'insertion).

Cette politique se développe dans un contexte sociétal où le mal-être et la demande de soin est en pleine expansion. La souffrance psychique, contrairement à la maladie psychique diagnostiquée qui reste stable, est en augmentation (Demailly, Autès, 2012). Ces phénomènes sont par ailleurs de plus en plus discutés et médiatisés (c'est le cas par exemple pour le Burn-out). Dans ce contexte, le bien-

être et la promotion de la santé mentale sont des thématiques fortes des politiques de santé publique. La promotion de la santé mentale comprend un spectre allant du maintien de la bonne santé mentale à la prise en charge et à l'insertion dans la cité des malades de la psychiatrie.

Si certains auteurs parlent de changement de paradigme pour qualifier la mise à l'agenda politique de la santé mentale (Demailly, Autès, 2012), nous restons prudente sur cette transformation qui nous paraît plus symbolique qu'opérationnelle. Il y a bien une explosion de l'intérêt pour le bien et le mal-être, du nombre de professionnels et acteurs impliqués, que l'on peut qualifier de champ : « *ce processus a abouti à la construction d'un « champ » au sens de Bourdieu : le marché des biens techniques, corporels, symboliques prétendant remédier aux malheurs de l'âme, que la politique naissante de santé mentale essaie d'organiser et réguler* » (Demailly, Autès, 2012). Mais les contours de ce champ sont tellement larges et englobant qu'ils sont flous et incertains. ”. *“Alors que la santé mentale est sans cesse réaffirmée, à juste titre, comme une des grandes priorités de santé publique, et que les rapports ou plans se sont multipliés depuis plus de cinquante ans, il est toujours difficile de repérer clairement les objectifs de la politique suivie en la matière dans notre pays. Il est simplement possible d'en analyser les constantes dans les discours et les plans, et en particulier les absences récurrentes en contradiction avec les constats sur le fonctionnement du dispositif de santé mentale.”* (Basset, 2013).

Ainsi, tous les secteurs de l'action publique sont susceptibles d'agir en faveur de la santé mentale. On rejoint ici le principe de la promotion de la santé qui promeut que toutes les politiques publiques pensent à l'impact de leurs actions sur la santé. Toutefois, les principaux acteurs et dispositifs prenant en charge spécifiquement cette question des troubles psychiques, de la santé mentale, sont régulés par la politique de santé publique.

La loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » dite loi HPST, du 21 juillet 2009, achève un processus de régionalisation de la politique de santé publique⁴⁵. Cette loi instaure les Agences Régionales de

⁴⁵ Jusqu'en 1958, l'Etat est très faiblement investi dans la gestion hospitalière, qui relève alors du pouvoir des communes (Schweyer, 1998). Les ordonnances du 30 décembre 1958 qui vont créer les Centres Hospitaliers Universitaires sont un premier pas vers la régulation des politiques sanitaires par l'Etat, puisque c'est alors ce dernier qui organise un concours national commun et nomme les chefs de service hospitaliers.

A la fin des années 1960, le mouvement de régionalisation s'accélère (Schweyer, 1998, Rayssiguier (et.al), 2012). En 1969 les Caisse régionales d'Assurance Maladie sont créées. La loi hospitalière du 31 décembre 1970 met en place un nouvel instrument de planification des structures de soin avec la carte sanitaire (découpage au sein des régions de territoires de santé). En 1977, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales sont créées. En 1980, ce sont les Observatoires

Santé (ARS), qui réunissent des services déconcentrés de l'Etat et de l'Assurance Maladie, jusque-là dispersés : une grande partie des Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), une partie des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) et Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), les missions régionales de santé et le groupe régional de santé publique. Les ARS ont pour missions : la régulation des établissements sanitaires publics et privés; des établissements et services médico-sociaux publics et privés; la veille et la sécurité sanitaire via la prévention et la promotion de la santé; la permanence des soins. Le directeur général de l'ARS est nommé en conseil des ministres.

La loi du 26 janvier 2016, dite de modernisation de notre système de santé présente dans son article 69 un nouvel outil de régulation, le Projet Territorial de santé mentale (PTSM). Toutefois, le texte est imprécis quant à la définition des rôles des acteurs, créant de rudes négociations au niveau local notamment sur la question du leadership du projet⁴⁶. Le PTSM est composé de 3 grandes phases : diagnostic, projet, contractualisation. Les acteurs qui peuvent participer au PTSM sont ceux définis comme acteurs de la politique de santé mentale (c'est à dire "les établissements de santé autorisés en

Régionaux de Santé qui sont mis en place avec pour objectif d'analyser la situation sanitaire des régions.

Les lois Deferre de 1982 et 1983 organisent la décentralisation d'une partie des compétences de l'Etat aux collectivités locales. Toutefois, la gestion hospitalière reste sous l'égide de l'Etat. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière marque un nouveau renforcement de la régionalisation des politiques sanitaire puisqu'elle crée les Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) et instaure la mise en place de Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS). Le SROS renforce l'organisation de l'offre sanitaire initiée par la carte sanitaire (1970) et veille à l'accessibilité, la répartition la qualité des soins.

Des Agences Régionales de l'Hospitalisation sont ensuite créées par les ordonnances du 24 avril 1996. Ces agences réunissent des services de l'Etat et l'assurance maladie. Elles deviennent l'unique guichet de planification, mise en œuvre et régulation de l'offre de soins sanitaire publique et privée. Ce sont elles qui attribuent les ressources aux établissements.

La région comme échelon de planification et mise en œuvre des politiques sanitaires se renforce par cette création des ARH mais également avec l'instauration des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), ou encore des Conférences Régionales de Santé (CRS). Les CRS réunissent des usagers et professionnels du secteur sanitaire pour proposer des priorités d'action à l'échelle régionales. Ces propositions visent à élaborer des Programmes Régionaux de Santé (PRS), sous l'autorité du préfet de région.

Une dimension plus sociale est alliée à la planification sanitaire avec la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions en 1998. Cette loi prévoit en effet l'instauration de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), piloté par les DRASS qui financent ainsi des actions pour les publics les plus vulnérables.

⁴⁶ Nous reviendrons en détail sur ce point dans le chapitre 3 de la thèse.

psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion) ainsi que "les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux". L'étendue du territoire d'un PTSM doit être définie par les acteurs du projet. L'objectif annoncé de la mise en place des PTSM est "l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture" (article L3221-2 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).

L'échelle territoriale de la région s'est progressivement imposée pour permettre de répondre à des enjeux de santé publique (se rapprocher des besoins et spécificités des populations), d'équipement (organiser une répartition de l'équipement sanitaire et médico-social sur tout le territoire) et financier (maîtrise des dépenses) (Schweyer, 1998). Cette territorialisation des politiques de santé mentale s'ancre pour Lise Demailly dans un système néo-bureaucratique, c'est à dire un régime "*où le contrôle à distance que l'Etat exerce sur les organisations publiques se renforce dans les faits, où la paperasse (informatisée) et les normes sont en augmentation exponentielle, où le débat démocratique est pauvre*" (Demailly, 2012). L'Etat "*organise son retrait des territoires pour les gouverner à distance*" (Epstein, 2005), via les ARS. La loi de modernisation de notre système de santé, du 26 janvier 2016 vise à apporter une approche plus ascendante de la politique de santé mentale, via le PTSM.

Le cadrage politique contemporain de la santé publique et de la santé mentale se caractérise par la mise en place de nouveaux instruments de contrôle de l'Etat régulateur (Hassenteufel, 2008), relevant du "Nouveau Management Public". Le nouveau management public se compose de multiples outils, venus du milieu privé et qui sont appliqués au secteur public. "*Les principes du "nouveau management public" sont de façon croissante au fondement des réformes administratives et conduisent à la diffusion de normes inspirées par les entreprises privées au sein de l'administration publique*" (Hassenteufel, 2008, p 270). Les principaux objectifs de cette méthode sont d'améliorer l'efficacité de l'action publique, c'est à dire d'optimiser les coûts de réalisation des missions du service public, de réaliser des économies budgétaires, et d'améliorer l'efficacité des actions menées : les 3 "e" selon Christopher Pollitt et Geert Bouckaert: économie, efficacité, efficacité (Pollitt, Bouckaert, 2000).

C'est dans ce contexte que se développe le contrat comme outil de contrôle de l'efficacité des institutions publiques. Les hôpitaux par exemple, signent aujourd'hui des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les ARS et le Ministère, contrats qui définissent les objectifs de l'établissement et ses performances. L'évaluation de la performance passe par la mise en place du Programme de Médicalisation des Services d'Information (PMSI) pour les services de Médecine Chirurgie Obstétrique et par le Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie (RIM-P). La mise en place du PMSI a impliqué la définition d'activités standardisées et de critères de qualité et de performance. Pour chaque pathologie est calculé un coût moyen de prise en charge et de séjour. Cet outil est appelé le financement à l'acte (T2A)⁴⁷. Dans le champ de la psychiatrie, ce fonctionnement par la définition d'activités standardisées apparaît particulièrement problématique. Il implique en effet un accord sur les modes de catégorisation des troubles, sur une acceptation de la valeur de la Classification Internationale des Maladies, la CIM, élaborée par l'OMS. Or, il existe des conflits entre professionnels dans l'utilisation de ces grilles et la reconnaissance de leur valeur.

Dans ce même courant de standardisation, des référentiels de bonnes pratiques sont développés et des évaluations sont menées par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et la Haute Autorité de Santé (HAS). La mise en œuvre du NPM dans le champ de la santé mentale si elle a pu être rejetée par certains, notamment par la grève de renseignement du PMSI (Bélar, Dembinski, 2012), fait l'objet de stratégies par les professionnels. Il s'agit pour eux de prendre part à la négociation des normes d'évaluation, avec les autorités régulatrices, avant qu'elles ne leur soient imposées (Mossé, Devineau, 2012)

Outre la contractualisation, la mise en concurrence des acteurs constitue un instrument fort du NPM. Cela se traduit par exemple dans le champ de la santé mentale par une gestion de l'offre via des appels à projets. Ce fonctionnement instauré par la loi HPST du 21 juillet 2009, permet aux financeurs (ARS, Conseil Départemental, Préfet de Région) de lancer des appels à projet pour la création ou la modification d'offre sanitaire et médico-sociale, selon une évaluation locale des besoins. Avant cette loi, l'initiative de création ou transformation de services émanait, dans une approche bottom-up, des établissements eux-mêmes.

⁴⁷ Cet outil appliqué aux établissements publics comme privé est critiqué notamment pour son biais de sélection de certains actes : il peut inciter, surtout les cliniques privées, à privilégier une offre d'activités "sur-tarifés", et donc plus rentables, au désavantage des établissements publics.

2.2 Le poids des troubles sur la vie sociale : le handicap psychique

Pendant une longue période, la prise en charge des personnes psychiatisées se faisait à l'asile. Les personnes étaient soignées au sein de ces institutions, y dormaient, travaillaient, etc. Goffman qualifie en ce sens les asiles d'institutions totales (Goffman, 1961). Si les conditions de vie au sein des asiles sont critiquées dès l'après-guerre et améliorées par le développement la psychiatrie institutionnelle, c'est le courant de l'antipsychiatrie qui participe le plus activement à l'ouverture des établissements psychiatriques et à l'insertion des malades au sein de la cité. Avec l'ouverture de la psychiatrie, les personnes peuvent être soignées, dormir, travailler, avoir des loisirs, dans de multiples lieux.

Ces changements s'inscrivent dans un mouvement plus large, de santé publique et international, de promotion de la santé globale, visant à prendre en compte non seulement la prévention et le soin mais aussi la réadaptation des personnes malades. Il s'agit alors de prendre en compte l'impact des maladies sur les capacités des personnes à participer à la vie sociale. Le terme de handicap apparaît pour la première fois dans un texte officiel avec la loi du 23 novembre 1957 sur « le reclassement professionnel des travailleurs handicapés ». Le handicap désigne alors un désavantage physique ou mental, endogène à une personne et qui la place dans une situation d'inégalité, la limite dans sa capacité à accéder, dans le cas de cette loi, à un travail. Cette loi institue l'obligation pour les employeurs de déclarer leurs postes vacants à un bureau de main d'œuvre qui peut présenter un travailleur handicapé (sans obligation pour l'employeur de l'embaucher). Elle crée également, toujours dans une visée de réadaptation et de rééducation, le travail en milieu protégé : centres de distribution du travail à domicile (CDTD), les ateliers protégés (AP) et les centres d'aide par le travail (CAT).

Concernant les troubles psychiques, les missions relatives à la prévention, au soin et à la réadaptation vont être divisées entre différentes structures. Des dispensaires en hygiène mentale (ancêtres des actuels Centres Médico-Psychologiques, piliers des secteurs psychiatriques adultes), créés en 1937, vont se voir confier par un décret de 1955, des missions en réseau relatives à la prévention, le dépistage et le traitement ambulatoire. En parallèle, des associations telles que « Croix Marines » ou « L'élan retrouvé », vont créer des centres de post-cures et hôpitaux de jour, visant la réadaptation des malades et leur orientation vers un milieu perçu comme adapté à leurs capacités. Pour y parvenir, peuvent être organisés des placements familiaux ou encore l'intégration d'ateliers de « réentraînement à l'effort » (Jaeger, 2012) pour la réhabilitation au milieu professionnel. Ces initiatives, émanent dans un premier temps de structures et acteurs privés puis sont reconnus juridiquement par décret (annexes XXIV de 1956, décret de 1955 sur les dispensaires en hygiène mentale, ...). En 1967, le rapport « Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées », de François Bloch Lainé, est publié. Ce document définit trois champs d'actions

distincts, la maladie, le handicap et l'inadaptation, qui doivent respectivement être pris en charge par les secteurs distincts du sanitaire, du médico-social et du social. Ces décrets et ce rapport posent les bases à la promulgation des deux lois de 1975, constitutives du champ médico-social.

Deux lois votées le 30 juin 1975 vont formaliser et donner un cadre juridique aux initiatives de prise en charge de la maladie, du handicap et de l'inadaptation. L'une est dite « d'orientation en faveur des personnes handicapées » et l'autre « relative aux institutions sociales et médico-sociales ».

La loi sur le handicap pose le droit à la formation et à l'emploi des personnes avec un handicap et créé pour cela la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). Une personne qui obtient la RQTH peut être orientée en milieu professionnel protégé (CAT), ou en milieu ouvert. Certains dossiers de RQTH sont refusés au titre d'une inaptitude au travail. Un complément de revenu appelé allocation pour adulte handicapé (AAH) est également prévu pour les personnes dont le taux d'incapacité est évalué à 80 % ou plus ou à 50% au moins en association avec une inaptitude au travail. Ce sont les Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) qui sont chargées de statuer sur le handicap et l'attribution de droits pour les adultes, tandis que les Commissions départementales de l'Éducation Spécialisées (CDES) se consacrent aux moins de 21 ans. Les personnes chargées d'évaluer et reconnaître le handicap ont à leur disposition à cette époque le seul « barème d'invalidité du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre » (Milano, 2009, pp 20).

Cette loi ne définit pas le handicap. Elle cherche à mettre l'accent davantage sur l'expérience sociale du handicap et ses conséquences en termes de limitation de participation, notamment dans le champ professionnel, plutôt que sur son origine. C'est donc une vision unitaire du handicap qui est mise en avant (Ville, Fillon, Ravaut, 2014). Une ambivalence traverse cette loi sur le handicap, qui tout en posant comme principe fondateur l'insertion en milieu ordinaire des personnes handicapées, investi davantage dans les dispositifs spécialisés (éducation spécialisée, travail en milieu protégé). La publication de la loi sur le médico-social le même jour accentue cette ambiguïté.

La loi du 30 juin 1975 sur le médico-social et le social donne un cadre juridique à tout un panel d'établissements de prises en charge en dehors du sanitaire et de l'hôpital psychiatrique. Les structures privées qui géraient jusque-là la grande majorité des services dans le champ, peuvent poursuivre leur activité mais doivent répondre à une réglementation fixée par l'Etat (gestion de l'offre, des coûts, évaluation, ...).

Les lois de 75, si elles ne définissent pas le handicap, prévoient et structurent les services de prise en charge des personnes handicapées. Parmi ces services, aucun n'est dédié spécifiquement aux malades psychiques. Le handicap psychique est implicitement mis hors champ du handicap.

Nicolas Henckes explique cette séparation par la perception du handicap psychique par les psychiatres et par l'appréhension de leur rôle dans sa prise en charge (Henckes, 2009). Une partie des psychiatres de l'époque considère que la maladie mentale touche la personne dans sa globalité et que le handicap qui en découle est inhérent à la maladie. Ainsi, la prise en charge de ce handicap relève du champ de la psychiatrie. Puisque les deux lois de 1975 prévoient l'accompagnement du handicap en milieu ordinaire ou dans des services spécialisés, hors du champ sanitaire donc, une rupture a lieu entre psychiatres favorables à la prise en charge du handicap psychique par le médico-social (par exemple les psychiatres de la fédération Croix Marine ou encore ceux de la fédération des Commissions Médicales d'Établissement -CME), et ceux qui voient dans ces nouvelles dispositions une mise sous tutelle de la psychiatrie et un amoindrissement de leur rôle, et de la place du soin.

Malgré cette absence implicite du handicap psychique dans la loi de 75 sur le handicap, les structures médico-sociales, accueillent des malades psychiques (Giordano, 2016).

Cela s'explique en partie par la création dès les années 50, dans le mouvement d'ouverture d'après-guerre, soit avant la loi de 75, de structures et services à visée médico-sociale, à l'initiative de psychiatres. La loi de 75 sur le médico-social stipule que les établissements sanitaires ne peuvent diriger d'établissement médico-social. Ce point sera révisé par l'ordonnance Juppé du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Suite à cette ordonnance, des services dédiés aux patients de longue durée en psychiatrie seront transformés en établissement médico-sociaux, en MAS (maison d'accueil spécialisée) gérés par les hôpitaux. D'autres structures, telles que les ESAT (anciens CAT), recevaient officieusement des malades psychiques (Giordano, 2016).

Une classification internationale du handicap réalisée par le Docteur Wood et publiée par l'OMS en 1980 va impulser en France une ouverture plus large de l'AAH aux personnes avec des troubles psychiques. Face à la transition épidémiologique, qui se traduit par le passage de préoccupations de santé tournées autour des maladies infectieuses principalement, à la problématique des maladies chroniques; il s'avérait nécessaire de réaliser une nouvelle nomenclature. Celle-ci devait permettre d'évaluer la sévérité d'une maladie et ses répercussions. C'est dans ce contexte que naît la Classification Internationale du Handicap (CIH), qui sera la première nomenclature à prendre en compte la dimension de l'impact sur la vie sociale des personnes d'une maladie (Ville, Fillon, Ravaud, 2016). Cette classification de Wood distingue la déficience, l'incapacité et le désavantage : « *La déficience correspond à toute perte, malformation, anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique. L'incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Le handicap est le*

désavantage social pour un individu donné, résultant d'une déficience ou d'une incapacité, qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe, des facteurs sociaux et culturels." (Ville, Fillon, Ravaud, pp 94)

La diffusion de cette nomenclature en France amène le ministre en charge des affaires sociales à demander la révision du barème d'évaluation des handicaps. Cela va aboutir à la publication en 1993 du « guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées ». Ce guide va alors distinguer les déficiences intellectuelles et du psychisme. Cette nouvelle catégorie dans le guide barème ouvre alors des droits aux allocations pour adultes handicapés (AAH) aux personnes malades psychiques dont le retentissement de leur maladie sur la vie quotidienne est évalué à un taux d'incapacité de 50 % ou de 80 %. Le guide barème s'inscrit dans la continuité de la loi de 1975 sur le handicap dans le sens où ce n'est pas la maladie qui est prise en compte directement pour évaluer un taux d'invalidité, mais les limites qu'impose la maladie dans la vie quotidienne.

Très rapidement, la CIH est critiquée, notamment par des collectifs anglo-saxons de personnes handicapées et des promoteurs des *disability studies*. Ces derniers jugent la CIH trop médicale et considèrent que le handicap émane d'une situation par rapport à la norme, à la société qui pose des obstacles physiques et sociaux aux personnes. De nouveaux travaux sont lancés par l'OMS et aboutissent au modèle du « processus de production du handicap » (modèle social et interactif). C'est dans ce contexte que la CIH sera révisé et que la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) sera adoptée en 2001. La CIF propose un modèle biopsychosocial du handicap.

Paradoxalement, c'est dans ce contexte où le handicap tend à être perçu plus comme social, que le handicap d'origine psychique sera reconnu en France, dans une nouvelle loi sur le handicap qui est celle du 11 février 2005 intitulée « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Citons avant de présenter plus en détail cette loi, trois éléments contextuels à sa sortie. Les associations de proches et familles et de malades psychiques font pression pour une reconnaissance du handicap psychique et la création de services médico-sociaux dédiés. Huit associations (dont la FNAP PSY, l'Unafam et la conférence des présidents de CME) proposent en 2001 dans le *Livre blanc des partenaires de santé mentale France*, une définition de la notion de handicap psychique. Celle-ci reprend trois points : 1. « *La personne handicapée psychique ne présente pas de déficience intellectuelle* 2. *Le handicap psychique nécessite des soins, avec un risque d'effets iatrogènes* 3. *Le handicap psychique est essentiellement variable* » (Jaeger, 2012, pp 42-43). Autre élément, le gouvernement prend connaissance du rapport Charzat, publié en 2002, qui promeut

également la reconnaissance du handicap psychique et la fin de la séparation entre psychiatrie et médico-social.

C'est donc le 11 février 2005 que sort la loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Il est couramment dit que cette loi reconnaît le handicap psychique. Elle ne parle en fait pas directement de handicap psychique, mais donne la définition suivante du handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »⁴⁸

Cette loi va instaurer la mise en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Ces maisons sont chargées de recueillir tous les dossiers de demande de reconnaissance d'un handicap, que ce soit des dossiers adultes ou enfants et peu importe l'objet de la demande (reconnaissance pour le travail, allocation, ...). Concernant le handicap psychique, cette loi prévoit la mise en place des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM). Ces groupes doivent favoriser la prévention et l'insertion des personnes malades psychiques. Ce sont des lieux créés par les personnes malades elles-mêmes et qui proposent des activités diverses. L'accès aux GEM est libre, c'est à dire qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une reconnaissance de la MDPH pour s'y rendre.

Si la loi de 2005 ne prévoit pas la création de dispositifs médico-sociaux spécifiques, elle ouvre toutefois la porte à leur développement. Il n'a pas fallu attendre la loi de 2005 pour que des structures médico-sociales dédiées au handicap psychique se créent (rappelons l'ordonnance Juppé de 96 qui permet la transformation de services psychiatriques en structures médico-sociales, ou les pratiques informelles d'accueil de malades psychiques dans des établissements qui ne leurs étaient pas spécifiquement dédiés comme par exemple dans les CAT), mais le panel de l'offre va être officialisé et élargi avec cette loi.

2.3 Représentations des personnes avec des troubles psychiques, des tensions éthico-politiques

Plusieurs “figures” des troubles psychiques sont en concurrence dans le champ de la santé mentale: la personne “dangereuse”, le “membre de la cité” et enfin l’“irresponsable”. Ces figures se traduisent

⁴⁸ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

historiquement dans l'institution et les politiques psychiatriques. Ces dernières oscillent entre trois approches des malades et de leurs traitements : l'une sécuritaire se centre sur le risque que représente le malade, l'autre humaniste insiste sur les capacités des personnes (Demailly, 2012b) et la dernière met en avant leurs incapacités et limites.

La première figure, celle du malade "dangereux" a toujours été présente dans l'histoire de l'institution et des politiques psychiatriques, bien qu'avec une prégnance variable. C'est en partie cette appréhension, qui est à l'origine du maillage territorial des hôpitaux psychiatriques en France : la loi du 30 juin 1838 prévoit la création dans chaque département d'un établissement pour traiter, protéger mais aussi isoler du reste de la société, les malades mentaux. Il est prévu que l'établissement soit administré par un conseil d'administration et un directeur nommé par le préfet. Cette loi répond à la fois aux préoccupations sécuritaires du roi Louis Philippe en place, et au projet soignant des psychiatres.

Cette vision sécuritaire trouve un certain écho aujourd'hui. Les propos du ministre de l'intérieur Gérard Collomb, le jeudi 17 août 2017 à la radio, suite aux attentats de Barcelone en témoignent: *« On a deux types d'attaques aujourd'hui : des attaques planifiées et des gens qui se radicalisent brutalement, avec souvent des profils psychologiques extrêmement troublés. Nous sommes en train de travailler avec ma collègue ministre de la Santé pour essayer de repérer l'ensemble de ces profils qui, demain, peuvent passer à l'acte et donc mobiliser l'ensemble des hôpitaux psychiatriques, des psychiatres libéraux, de manière à parer à cette menace terroriste individuelle »*. Ce qui se joue très clairement ici, c'est la représentation et la stigmatisation des personnes malades dans la société. Ce type de médiatisation ne joue pas en la faveur d'une ouverture des hôpitaux. Pourtant, les malades psychiques semblent bien plus souvent victimes qu'à l'initiative de violences. C'est une des conclusions du rapport de Anne Lovell à la commission « Violence et santé mentale » (Lovell, 2004). Mais la sécurité, la dangerosité, apparaissent comme des objets politiques à enjeux électoraux forts.

Les propos de Mr Collomb évoqués ci-dessus, n'ont pas laissé les acteurs de la psychiatrie sans réponse. Le "collectif des 39" par exemple, a écrit un texte en réaction. Ce collectif est une bonne illustration du mouvement inverse à celui prôné par les politiques sécuritaires. Ce collectif de psychiatres⁴⁹ s'est constitué en 2008, en opposition à ce qu'ils décrivent comme la "nuit sécuritaire", une approche en terme de dangerosité des patients de la psychiatrie et de toutes les dérives en terme de contrainte que cela amène dans l'organisation des soins (la contrainte pouvant prendre la forme

⁴⁹ Source: <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?cat=13>

d'hospitalisation sans consentement, parfois dans des unités pour malades difficiles, par la contention qu'elle soit physique ou chimique).

Cette réaction est une illustration d'un autre mouvement concernant les malades psychiques ; un mouvement qui défend que ceux-ci doivent avoir une place en tant que membre de la cité, ayant des capacités et des possibilités d'insertion sociale. Cette approche trouve des prémices lointaines dans l'histoire de la psychiatrie. D'abord au sein des asiles, avec par exemple les médecins aliénistes Philippe Pinel et Jean-Etienne Esquirol, ou encore Jean Baptiste Pussin (ancien pensionnaire d'asile devenu surveillant de la "loge des aliénés agités"), et qui s'opposent aux traitements jusque-là utilisés, comme par exemple les saignées, bains glacés ou la contention. Pinel considère les malades comme doués de raison: « Parce que l'aliéné n'est ni possédé du démon ni réduit à l'animalité, on peut lui faire entendre raison ou le faire renoncer à un débordement passionnel et délirant, si on parvient à susciter chez lui une passion contraire plus forte, en ébranlant son imagination »⁵⁰. C'est plus tard avec l'ouverture des institutions psychiatriques que se développe ce mouvement humaniste: avec l'antipsychiatrie, la sectorisation qui prône une insertion des malades dans la cité.

La tension entre option sécuritaire et humanisme n'est pas aussi binaire que cette présentation peut le laisser paraître. La création d'unités spécialisées (pour malades difficiles ou en prison) cristallise par exemple des points de vue qui divergent au sein du mouvement humaniste. Pour certains, c'est un retour à l'asile sous de nouvelles formes. Pour d'autres, c'est un moyen de contenir les malades les plus difficiles et socialement jugés dangereux, afin de permettre aux autres malades d'accéder à une psychiatrie ouverte (Demailly, 2012b).

A ces deux figures (le malade « dangereux » et le malade « membre de la cité »), nous ajoutons celle de la personne "dépossédée d'elle-même" (Weber, 2012), c'est à dire à qui l'on dénie des capacités de raison et de décision pour soi. Le soin en psychiatrie est par exemple, le seul qui puisse être mis en œuvre sans consentement. Dès la loi de 1838, des internements forcés (par les proches ou un tiers) ou d'office (sous la responsabilité administrative) sont prévus. La personne malade est jugée « incapable » et elle-même et ses biens sont donc mis sous tutelle et gérés par un service spécialisé (Hochmann, 2004). Cette dépossession de soi est exacerbée dans le champ psychiatrique, puisque le "déli" des troubles est défini comme partie de la symptomatologie psychiatrique⁵¹. S'opère ainsi une disqualification de la personne dans ses différentes sphères de la vie sociale. Cette possible incapacité

⁵⁰ HOCHMANN J., Histoire de la psychiatrie, 2004, PUF, pp11

⁵¹ Le thème du "déli" est revenu fréquemment sur le terrain de recherche, dans les entretiens avec les professionnels et les proches ou lors de discussion institutionnel sur l'entrée dans le soin et le suivi thérapeutique.

à décider de ce qui est bon pour soi (Béliard *et al*, 2015) agit comme un stigmate pour la personne recevant des soins en psychiatrie ou soupçonnée d'avoir des troubles psychiques (Goffman, 1961). Cette figure du malade a justifié à certaines périodes de l'histoire de la psychiatrie des traitements thérapeutiques douloureux, hasardeux et cruels : stérilisation des malades mentaux, prémices de la psychochirurgie, inoculation du paludisme pour traiter la paralysie générale, etc. Concrètement aujourd'hui, cela se traduit par des soins sans consentement, la mise sous tutelle, la prise de décision par d'autres personnes que le malade, etc. (Weber, 2012), ou encore par l'affaiblissement de la personne dans son statut social (Goffman, 1931). La dépossession de soi peut toucher dans une certaine mesure toutes les personnes avec des troubles psychiques, ne serait-ce que par les représentations sociales de ces troubles. La qualification de comportements ou souffrances sous le registre du psychique, et la gestion du stigmate psychiatrique apparaissent alors comme des enjeux fondamentaux pour les personnes.

Dans la continuité de cette réflexion, abordons la question de la place de l'utilisateur comme objet ou partenaire du système de santé. Cette ambivalence est particulièrement prégnante en psychiatrie, compte-tenu de la problématique du déni des troubles.

Dans une perspective où l'utilisateur est partenaire, on peut considérer qu'il détient une expertise sur la maladie mentale, puisqu'il l'a expérimentée et détient donc des compétences en matière de soin. Les associations de proches, l'Unafam par exemple, défendent ce point de vue pour les proches également : ce sont eux qui connaissent le mieux le malade et peuvent prévoir une rechute éventuelle. Des actions allant dans le sens de l'utilisateur expert se sont développées ces dernières années, notamment avec le travail des pairs aidants. Les pairs aidants sont des usagers de la psychiatrie, dont l'état de santé est stabilisé et qui travaillent et accompagnent des malades au sein de dispositifs.

Lise Demailly et Michel Autès analysent ces tensions entre les différentes figures du malade comme relevant d'un contexte social complexe lié à la modernité. « *D'un côté, la montée des exigences d'égalité et le sentiment de commune humanité (Gauchet et Swain, 1980) qui rend indésirables les discriminations, qui rend intolérable le mépris : et l'exigence de respect du singulier (Martuccelli, 2010). De l'autre, la société du risque, c'est à dire finalement le principe de précaution. Calculer les risques, c'est tenter de s'y soustraire, c'est prévoir. [...] Le principe de précaution entre ici, dans la pratique, en contradiction éthique avec la société égalitaire et singulariste* » (Demailly, Autès, 2012). L'organisation actuelle des politiques de santé mentale serait une tentative de gestion du risque, qui dans certaines de ces mises en œuvre entre en tension avec une vision humaniste.

3. Parcours de personnes psychiatisées

Le concept de parcours fait l'objet de diverses utilisations. Il s'agit d'un thème phare à l'agenda des politiques de santé publique (Bloch, Hénaut, 2014) et de santé mentale. Avec la multiplication des acteurs impliqués dans la prise en charge de personnes avec des troubles psychiques, dans et en dehors des institutions, de nouvelles problématiques organisationnelles se posent. La coordination des acteurs et politiques est aujourd'hui présentée comme un enjeu fort de l'action publique en santé mentale. Les associations d'usagers notamment, critiquent les ruptures de vie induites par la structuration de l'offre de soin et d'insertion en santé mentale. Le rôle des familles apparaît comme particulièrement important dans la prise en charge des personnes avec des troubles psychiques, notamment lorsque la prise en charge institutionnelle n'a pas lieu.

Dans cette dernière partie du chapitre nous traitons du concept de parcours tel qu'il est mis à l'agenda des politiques de santé publique et appliqué pour le champ de la santé mentale. Nous traitons de l'impact de cet enjeu sur la structuration de l'offre et sur les injonctions que cela fait peser aux différents acteurs concernés. Précisons que nous distinguons le concept de parcours tel que conçu d'une part par la santé publique et d'autre part en sociologie. Nous présentons pour terminer des éléments de la littérature sur les parcours des usagers de la psychiatrie⁵². Ces données ne traitent pas spécifiquement des jeunes, mais cela nous permettra dans la suite de la thèse de mettre en exergue les spécificités des parcours en santé mentale pour cette période de la vie.

3.1 Coordination, parcours et projet de vie, enjeux de santé publique

La notion de parcours est depuis le début des années 2000 au cœur des discours sur l'organisation des politiques et actions en santé publique (Bloch, Hénaut, 2014). La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) donne en 2012 la définition suivante de la notion de parcours: *“La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie: personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. [...] Cette notion interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé mais aussi éducation, formation, justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi, etc.) et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement qui leur sont offertes (soins,*

⁵² Il ne s'agit pas ici de réaliser une revue de la littérature exhaustive mais de présenter des travaux sur lesquels nous nous appuyons pour notre recherche.

accompagnement social et médico-social, ressources...)” (CNSA, 2012). Cette préoccupation pour les parcours s’est développée notamment du fait des préoccupations du nouveau management public pour la rationalisation et l’efficacité de l’action publique, et d’autre part dans le cadre d’un discours humaniste sur la prise en compte des projets de vie des personnes et le développement de leurs possibilités d’autodétermination (Weber et al., 2017). Le développement de la notion de parcours est le reflet d’un changement cognitif de l’action publique en cela que le centre d’attention est décalé de l’organisation même des institutions, vers les individus.

Cet ancrage de la notion de parcours est visible au travers de multiples rapports et textes de loi depuis le début des années 2000, qui abordent la rhétorique de la coordination, des projets de vie, puis plus récemment des parcours de santé, et de vie. La loi du 13 août 2004 traduit une préoccupation d’abord pour les parcours de soins, en mettant en avant les besoins de coordination des soins et le suivi des patients (c’est cette loi qui met en place le système de médecin traitant). La notion de parcours qui apparaît d’abord dans le cadre de la structuration des soins de premier recours va ensuite s’étendre aux secteurs sociaux et médico-sociaux (Bloch, Hénault, 2014). Ainsi, la loi de 2005 « pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », si elle ne cite pas explicitement les parcours (hormis pour la question des parcours scolaires), intègre la prise en compte d’un projet de vie. La loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l’enfance, instaure la mise en place d’un “projet pour l’enfant” obligatoire (Jaeger, 2009). La feuille de route de la stratégie nationale de santé de 2013 insiste elle sur l’importance de la mise en place de parcours de santé (avec par exemple la mise en avant de l’expérimentation des “parcours pour personnes âgées en voie de perte d’autonomie”, les PAERPA). Citons encore le rapport Piveteau “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” de juin 2014, qui critique les différentes ruptures induites par l’organisation des prises en charge institutionnelles et leur impact sur le parcours de vie et la santé des personnes. Le rapport Laforcade de 2016 “relatif à la santé mentale”, pose comme objectif majeur l’amélioration des “parcours de soins et de vie des personnes malades”. Citons enfin l’article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Cet article prévoit la mise en place d’une “réponse accompagnée pour tous” (RAPT) dans le cadre d’un “plan d’accompagnement global” (PAG). Ce dispositif doit permettre de répondre à une critique majeure présentée dans le rapport dit Piveteau : les personnes avec une reconnaissance d’un handicap par une MDPH obtiennent des orientations vers des services de prises en charge, mais ces derniers étant saturés, les délais avant d’accéder à ces services sont très longs. Cela implique des périodes parfois sans aucune prise en charge institutionnelle. Les personnes confrontées à cette situation, peuvent dorénavant solliciter la mise en

place d'un PAG. La RAPT consiste à proposer des solutions de prises en charge non envisagées dans un premier temps mais qui permettent aux personnes de ne pas rester sans aucun accompagnement.

Cet investissement des politiques publiques dans la notion de parcours se traduit notamment par des demandes aux usagers en termes de "projets de vie". Dans le champ du handicap par exemple, depuis la loi de 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », les compensations sont attribuées en fonction du projet de vie annoncé. Cette inscription du parcours et du projet de vie dans le champ du handicap traduit une conception dominante du handicap, dans des termes interactionnistes (interaction avec l'environnement) et non plus centré sur les dimensions médicales. L'intégration du projet de vie dans l'évaluation du handicap prévue par la loi du 11 février 2005 s'est également faite sous l'impulsion des associations d'usagers et patients. Pour Marcel Jaeger, cette inscription du projet de vie dans la loi *"renforce l'idée d'une continuité dans les parcours d'un individu; elle souligne qu'en dépit de toutes les apparences, nul ne doit être privé de son avenir; elle permet d'insister sur la dimension dynamique, sur la reconnaissance de l'historicité des personnes les plus éloignées, à première vue de l'humanité. [...] A travers l'affirmation de la priorité du projet de vie se manifeste aussi une volonté de reconnaissance des compétences que la perte d'autonomie ne doit pas faire perdre de vue, au sens où l'on parle aujourd'hui de "personnes à compétences spécifiques" plutôt que de personnes déficientes. L'affirmation que la dépendance n'annihile pas toute référence à un projet pour la personne est ainsi une nouvelle façon, pour le législateur, de consolider le droit des "usagers" et de viser l'horizon d'une citoyenneté encore à conquérir."* (Jaeger, 2009, p 142-143).

Cette approche en termes de parcours et de projet de vie a toutefois été critiquée sous plusieurs aspects. Tout d'abord, le projet de vie est souvent confondu dans les pratiques avec un projet "dans" l'établissement, ce qui amène à une *"confusion fâcheuse"* avec le parcours institutionnel de la personne (Jaeger, 2009, p 143). Par ailleurs, le projet de vie est souvent réduit à sa formalisation administrative, c'est à dire à une *"lettre de mission pour les MDPH"* (Jaeger, 2009, p 144). La rédaction d'un projet de vie interroge également les limites du crédit et des possibilités de reconnaissance par les professionnels des souhaits des personnes. *"Le législateur oublie de questionner les capacités des personnes handicapées à faire reconnaître leur projet de vie en exprimant une orientation en décalage avec leurs capacités effectives ou avec le "discours de la raison" que leur tiennent leurs proches ou les professionnels qui les accompagnent"* (Trapsy, 2017, p 36). Cette limite est d'autant plus intéressante à questionner dans le cadre de problèmes de santé mentale, pour lesquels la dépossession de soi et à prendre des décisions pour soi est particulièrement forte, ce qui amène l'entourage et les

professionnels à se positionner sur les projets et l'avenir de la personne et à peser dans la négociation de son parcours (Weber, 2012).

Une autre critique de l'approche en termes de parcours porte sur l'injonction à l'auto-détermination, à être "auto-entrepreneur de soi" (Ehrenberg, 1998), dans un contexte où les inégalités sociales sont telles que les individus ne sont pas tous dotés des ressources nécessaires à cette auto-entreprise. *"Certes, l'individu est davantage pris en considération dans sa situation concrète et avec ses capacités propres, mais la société exige de lui qu'il construise son parcours social, alors qu'elle ne le dote pas des moyens qui lui permettent de le faire"* (Weber et al. 2017, p 35). Cette analyse de l'injonction au projet de vie fait écho à celle des politiques d'activation, qui exigent des personnes qu'elle se mobilisent pour mener le projet ciblé par l'institution, sans agir en amont sur l'ensemble des déterminants sociaux qui permettent de mener à bien ce projet.

La réalisation d'un projet de vie relève aussi d'une injonction au récit de soi, de son intimité et aspirations personnelles, posant la question de la frontière entre le public et le privé (Vrancken et Marquet, 2006). Florence Weber relève également l'aspect ethnocentrique de cette approche en terme de projection dans le temps long, puisque des travaux historiques et anthropologiques montrent une perception du temps différente, particulièrement pour les personnes les plus pauvres et dominées qui vivent dans l'immédiateté, "au jour le jour" (Weber et al. 2017).

Enfin, les ruptures de parcours qui font l'objet de préoccupations des politiques publiques et de recherche (dans le champ du handicap principalement) se centrent en grande partie sur les ruptures institutionnelles (Weber et al. 2017). Or, l'espace social et les événements de la vie d'une personne s'étendent bien au-delà des institutions publiques.

3.2 La circulation entre les prises en charge

Nous traitons dans ce dernier point des prises en charge qui émanent des institutions publiques, privées mais aussi des familles. En effet, le système de protection sociale français laisse une place importante à l'aide familiale dans la solidarité (Van de Velde, 2008, Martin, 2002, Pitrou, 1977), notamment en cas de difficultés socio-économiques d'un de ses membres. *"La famille joue à la fois un rôle de soutien au quotidien et de protection en cas de "coups durs"."* (Martin, 2002, p 46). Ces "coups durs" peuvent être financiers. Dans le cas de la jeunesse par exemple, l'attribution du RSA à 25 ans-sauf conditions spécifiques- implique un soutien économique des personnes par leurs parents. Ils peuvent concerner encore des problèmes de santé. Les familles jouent un rôle considérable dans la production de soin (Cresson, 2006), y compris dans le champ de la santé mentale. La

désinstitutionnalisation en psychiatrie depuis les années 1960, couplée à la découverte de nouveaux traitements médicamenteux réduisant les symptômes des troubles, a participé au renforcement du rôle des familles dans le soin à leurs proches malades (Bungener, 2001). Les structures d'accueil post-hospitalisation étant trop peu nombreuses pour permettre à tous une transition entre hospitalisation et vie en milieu ordinaire, nombre de personnes sortant de l'hôpital vont habiter chez leurs parents (Ernault, Le Grand-Séville, 2010)

Les familles sont co-actrices des prises en charge de leur proche jeune, confronté à des troubles psychiques, avec les multiples professionnels des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux évoqués dans le point précédent. Les proches ont une place particulière dans les interactions pour la prise en charge des jeunes. Ils sont d'une part des aidants majeurs pour leur proche, d'autant plus lorsque ce dernier n'est accompagné par aucune institution. Mais par ailleurs, ils peuvent être invoqués comme cause de certains troubles mentaux. Si cette perception de la famille a évolué au cours du XXème siècle, la reconnaissance des parents comme acteurs du soin n'est pas totalement acquise (Carpentier, 2001). Une ambivalence persiste donc dans la perception des familles, entre ressource positive pour le maintien de la personne dans son milieu de vie (et hors de l'hospitalisation) et source de troubles devant être mise à l'écart.

C'est notamment cette situation qui va mener des familles et proches de personnes avec des troubles psychiques, à se constituer en association. L'Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) créée en 1963 est emblématique de ce mouvement. Cette association militante présente sur son site ses missions comme étant les suivantes: *"- Soutien des familles par l'écoute, l'accueil et l'information - Soutien des familles par la formation et l'entraide - Déstigmatisation et défense des intérêts communs -Recherche et innovation dans les pratiques de soin et d'accompagnement"*⁵³. Cette association revendique d'une part la nécessité de développement de dispositifs de prise en charge en dehors des familles, et d'autre part la formation de ces dernières pour prendre en charge au quotidien leur proche.

Concernant le recours aux institutions, des différences dans les parcours des personnes sont observées selon leur milieu social d'origine. Les personnes de milieux sociaux favorisés, sont orientées vers des professionnels mieux formés (Dufrancatel, 1968). Le travail mené par Isabelle Coutant dans un service de psychiatrie pour adolescent du secteur public, montre que les professionnels rencontrés

⁵³ Source : <http://www.unafam.org/L-Unafam-ses-missions-sociales.html>

Site web consulté le 4 décembre 2018

parlent de « la psychiatrie de banlieue » et de la « psychiatrie de bourgeois », pour distinguer les soins opérés dans leur secteur de psychiatrie de ceux offerts par des soignants réputés et médiatisés (Coutant, 2012). Ce sont les jeunes issus de milieux favorisés qui rencontrent les soignants bénéficiant d'une plus grande réputation dans le milieu médical.

A troubles similaires, les personnes les plus défavorisées ont des diagnostics plus sévères et sont plus présentes au sein des hôpitaux psychiatriques que celles venant de milieux favorisés (Dufrancatel, 1968). Or, l'hospitalisation en psychiatrie a un effet stigmatisant et disqualifiant socialement (Goffman, 1961). Dans le cas des jeunes personnes, au-delà de la gravité des troubles en eux-mêmes, ce qui va motiver une hospitalisation, ce sont les difficultés sociales rencontrées au quotidien et l'impossibilité perçue de mobiliser les familles et l'entourage social proche comme des supports au soin. *“Plus que la pathologie elle-même, c'est le caractère gérable ou ingérable qui détermine l'hospitalisation et la durée des prises en charge. Cet “ingérable” est influencé à la fois par le milieu social et par la structure familiale, dans la mesure où ils conditionnent et la tolérance aux troubles et les perspectives en aval de l'hospitalisation”* (Coutant, 2012, p. 77).

Des travaux sociologiques se sont intéressés au point de vue des usagers même sur le recours au soin en psychiatrie et notamment à l'hospitalisation. Lydwin Verhaegen analyse dans ce sens les carrières en psychiatrie, dans un contexte où elles se sont multipliées. Lydwin Verhaegen conçoit dans cette recherche « *la maladie et ses comportements associés en termes de stratégies individuelles, c'est-à-dire comme le degré de rencontre entre la capacité d'action d'un individu et les opportunités qu'il saisit* » (Verhaegen, 1985, p 51). Ce travail aboutit à une typologie des recours stratégiques à l'hospitalisation psychiatrique. Le premier type de recours à l'hospitalisation est qualifié de « refuge ». Les personnes qui correspondent à ce profil ont tendance à rester sur une longue durée à l'hôpital. *« Ils ont tendance à s'y installer et font preuve de stratégies d'intégration. Ils y sont logés, nourris, blanchis et surtout ils ne sont plus seuls. »* (Verhaegen, 1985, pp 52). Ce sont des patients précaires, qui n'ont pas d'espoir d'ascension sociale et donc pour qui l'hospitalisation ne signifie pas une renonciation. Pour le deuxième profil, le recours à l'hôpital est destructeur. Ce sont des personnes qui n'arrivent que difficilement à échapper à des hospitalisations, qui signifient pour elles un renoncement à la vie sociale. Les trajectoires de ces personnes sont hachées, marquées par des hospitalisations fréquentes. Elles risquent de ne pas connaître l'ascension sociale à laquelle elles aspirent ou même de connaître un déclassement social. Pour le troisième et dernier profil, l'hôpital est un lieu de soin qui ne remet pas en cause leur insertion sociale. Ils y ont recours en cas de besoin du fait de leur santé, sans que cela n'altère leur vie sociale par ailleurs riche.

Plus récemment, Florence Weber et son équipe de chercheuses de la Chaire « Handicap psychique et décisions pour autrui », ont mené une recherche sur les « trajectoires de malades mentaux en Ile-de-France" (Weber et al., 2017). Le volet ethnographique de la recherche porte sur le passage des individus entre dispositifs sanitaires, sociaux et du handicap. Dans la continuité des travaux de Lydwin Verhaegen, ce travail met en lumière la perception de la trajectoire sociale espérée en fonction du milieu social d'origine et les choix de recours aux différentes institutions de prise en charge. Le rapport de cette recherche éclaire également les mécanismes en jeu du côté des professionnels dans l'orientation vers les différents dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il présente notamment l'impact de la loi du 11 février 2005 sur le recours aux dispositifs du champ du handicap. Cette loi n'a pas massivement modifié le recours aux dispositifs du handicap pour des personnes psychiatisées mais a ouvert un panel d'offre plus large. Toutefois, les personnes rencontrées dans le cadre de la recherche passaient déjà par des structures de différents secteurs de l'action publique (sociale, sanitaire et médico-sociale), avant la diffusion de la loi. Cette recherche met en évidence des changements au niveau des professionnels : les psychiatres sont plus ouverts qu'auparavant au champ du handicap (renouvellement des générations de psychiatres), les assistantes sociales jouent un rôle clé dans l'accompagnement des prises en charge en psychiatrie (réconciliation des logiques médicales et sociales), et enfin, la réduction du nombre de lits en psychiatrie pose le secteur en position d'orienter les patients vers d'autres types de structures.

Ces recherches mettent en évidence des résistances aux orientations telles que conçues par les politiques publiques en termes de parcours. Ces résistances peuvent venir des personnes concernées, qui font des choix stratégiques au regard de leurs positions et aspirations sociales. Si les temporalités des circulations et entrées dans les prises en charges sont variables, l'inscription dans le champ du handicap se fait rarement dans la continuité des premières hospitalisations et ce pour des raisons multiples. « *Un non recours aux dispositifs du handicap pendant une période (variable) est dans la plupart des cas observé et imputable à des raisons de nature très différente : la non-connaissance des dispositifs, l'absence de besoin, l'opposition des proches ou des professionnels, ou encore le manque de stabilisation de la maladie ou de la situation de dépendance* » (Weber et al., 2017).

Dans cette thèse, nous testerons également l'hypothèse selon laquelle le délai entre l'entrée dans le soin et celle dans le handicap est lié à un écart entre l'offre et les demandes pour des jeunes avec des troubles psychiques.

Conclusion

De la qualification des troubles à leurs prises en charge institutionnelle, les déterminants sociaux qui impactent les parcours sont nombreux. Que ce soit à l'échelle macro sociale, les normes, morales, représentations des personnes avec des troubles psychiques, sont déterminants dans le processus de qualification des troubles et dans la structuration politique de leur encadrement. A l'échelle microsociale, ces réponses politiques s'organisent et sont réceptionnées différemment selon les territoires et les professionnels. A l'échelle microsociale enfin, les personnes utilisent les ressources à leur disposition de manières diverses, en fonction d'objectifs stratégiques liés à leurs conditions sociales et projections dans l'avenir.

La qualification et la prise en charge de « l'étrangeté d'âme » (Demailly, 2014) s'est profondément modifiée à la fin du XXème siècle. « *Les dernières versions des classifications nosographiques entérinent un effritement de la distinction entre normalité et la « maladie mentale »* » (Demailly, 2014, pp 55). En parallèle, l'augmentation des inégalités sociales, l'effritement des protections sociales collectives, les injonctions à la réalisation de soi selon des critères inaccessibles à une grande partie de la population, génèrent des situations de précarité et de souffrance sociale qui gonflent les demandes en santé mentale (Ehrenberg, 1991, 1996, 2000). Les réponses apportées par l'action publique se sont multipliées dans le cadre du développement de la santé mentale comme cadre de pensée et éthique. Les enjeux des prises en charge concernent particulièrement les enjeux d'insertion sociale et de continuité des parcours de vie.

Les jeunes sont également une cible des politiques de santé mentale, car d'une part ils traversent une période de la vie potentiellement génératrice de souffrances sociales et d'autre part, selon les connaissances psychiatriques, les signes prodromiques des troubles psychiques apparaissent à cet âge de la vie. Mais ces deux éléments peuvent amener à une confusion dans l'interprétation de la nature des troubles auxquels sont confrontés les jeunes. Si l'enjeu en terme de prise en charge peut faire l'objet d'un consensus, c'est-à-dire que des soins sont nécessaires, le positionnement sur le devenir de la personne n'est pas le même selon le registre interprétatif des troubles. Dans la suite de la thèse, nous nous penchons sur le processus de qualification des troubles psychiques pour des jeunes à partir des questions suivantes : Quelles sont les manifestations qui font l'objet d'une qualification en termes de troubles psychiques ? Quels rôles jouent les différents niveaux de déterminants sociaux dans ce processus (les normes, morales, injonctions et enjeux des différentes institutions de socialisation de la jeunesse ; les conflits théoriques ; l'action des différents professionnels au contact des jeunes mais aussi les actions des jeunes, et leur appropriation et recours à ces qualifications).

Les enjeux posés en termes de parcours de vie et d'insertion résonnent particulièrement pour la population de jeunes, qui doit accomplir à cette période de la vie un grand nombre de transitions devant lui permettre de se positionner dans l'échiquier social. Quel va être l'impact des troubles psychiques qualifiés sur l'insertion sociale des jeunes ? Comment les normes d'activités vont-elles être impactées et renégociées ? Comment les cadres moraux et injonctions de la jeunesse interagissent-ils avec ceux des troubles psychiques ? Dans les deux cadres, l'accès à l'autonomie est posé comme un objectif à atteindre. Mais la définition de cette autonomie et des modalités d'action à mettre en œuvre pour l'atteindre sont variables selon le positionnement éthique et peuvent conduire à des parcours sociaux diversifiés. Les ressources mobilisables par les jeunes et le traitement par des professionnels de leurs situations varient également selon le milieu social d'origine de ces jeunes, et orientent les parcours de vie de façon déterminante. Dans la troisième et dernière partie de cette thèse, nous analysons la manière dont se négocie le passage de deux épreuves normées de la jeunesse, la scolarité et l'insertion dans l'emploi, au regard de cette multiplicité de déterminants.

Partie 2 : Les processus de qualification des troubles et du handicap psychique

Dans cette deuxième partie de la thèse, nous analysons les processus de qualification des troubles et du handicap psychique. La première partie de la thèse montre le caractère incertain des troubles psychiques qui apparaissent au moment de la jeunesse. Nous souhaitons ici répondre aux questions suivantes : comment se déroule le processus de qualification de troubles et de situations de handicap psychiques ? Quels sont les comportements et situations qui mènent à ces qualifications ? Qui participe à cette qualification ? Quels sont les enjeux pour les différentes personnes impliquées ? Quels sont les rapports de pouvoir dans la négociation des qualifications des troubles et handicaps psychiques ?

Il s'agit dans cette partie de documenter deux étapes clés des parcours de vie qui nous intéressent, en cela qu'elles peuvent avoir un impact très important sur les inscriptions sociales des jeunes présentes et futures.

Si nous travaillons sur les parcours de jeunes qui rencontrent des troubles qualifiés de psychiques et qui ont un impact sur leur vie sociale, leur prise en charge formelle par les secteurs de la psychiatrie et du handicap n'a pas toujours lieu. Nous analysons dans cette partie les déterminants de ces prises en charge formelles. Ainsi, nous nous intéressons spécifiquement à l'entrée dans le soin psychiatrique et dans la reconnaissance institutionnelle d'un handicap, par une Maison Départementale des Personnes Handicapées. Qu'est ce qui est mis en œuvre pour répondre aux problématiques qualifiées ? A quel(s) moment(s) ? Pourquoi ? Quels sont les rapports de pouvoir entre les jeunes, leurs familles et les professionnels dans la négociation de ces prises en charge formelles ?

Pour répondre à ces questions, nous nous appuyons sur le plan théorique sur les travaux d'Anselm Strauss, en mobilisant ses concepts de trajectoire de maladie, de négociation ou encore de coordination des acteurs dans le travail de soin. Sur le plan empirique, nous mobilisons les données issues des entretiens semis-directifs avec les jeunes (entretiens de type récits de vie), avec des parents (à qui nous avons demandé de retracer le parcours de leur enfant et de parler de leur place, rôle et ressenti à chaque étape) et enfin avec des professionnels de différents secteurs (éducation nationale, insertion dans l'emploi, médico-social, psychiatrie, etc. et intervenant à différentes étapes des parcours. Nous nous appuyons également sur l'analyse de 68 dossiers de demande de reconnaissance

d'un handicap psychique par des jeunes, de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de notre territoire de recherche⁵⁴.

Le chapitre 3 analyse le processus de qualification et de prise en charge de troubles psychiques. Il distingue la période où des troubles psychiques sont qualifiés, mais ne font pas l'objet de prise en charge par la psychiatrie, d'une autre période, étape par laquelle ne passent pas tous les jeunes, de prise en charge par la psychiatrie de leurs troubles. Nous mettons en évidence dans ce chapitre le poids du milieu social d'origine, à manifestations égales, sur les parcours de prise en charge et de vie. Le milieu social, les types de manifestations des troubles, la perception du risque encouru- variable selon les acteurs-, sont autant de facteurs qui s'entremêlent et façonnent la qualification des troubles psychiques et l'entrée dans les prises en charge. Nous analysons également la manière dont les capacités de négociation, socialement situées, et les stratégies mises en œuvre tant par les jeunes, leurs parents que par les professionnels, interagissent et orientent les parcours. Enfin, nous traitons du poids du guichet d'entrée dans le soin comme déterminant de la projection dans l'avenir, sur le plan de la santé psychique, mais aussi de la vie sociale des jeunes.

Le chapitre 4 traite de la construction sociale du handicap psychique. Nous nous intéressons au processus qui mène à une demande de reconnaissance institutionnelle d'un handicap, c'est-à-dire par la MDPH, qui est la structure habilitée par l'Etat à évaluer et ouvrir des droits spécifiques au handicap. Nous présentons pour commencer des spécificités des troubles psychiques, variables dans le temps et souvent difficiles à appréhender pour l'environnement, et l'impact de ces caractéristiques dans l'initiation et l'évaluation de la demande de reconnaissance d'un handicap. Nous nous attardons également sur la présentation de l'offre d'adaptation prévu par les politiques publiques et mettons en regard nos matériaux de terrain pour analyser la réception de ces dispositifs par les personnes concernées. Dans un deuxième point, nous présentons quatre portes d'entrée dans le handicap pour des jeunes avec des troubles psychiques. La première porte est par le scolaire. Ce type d'entrée est minoritaire dans nos données, mais opère lorsque les troubles se développent tôt dans les trajectoires et sont poreux avec d'autres types de troubles de la catégorie du handicap mental. Pour ces jeunes, nous observons un glissement entre différentes catégorisations des troubles et du handicap selon les dispositifs mobilisés et au fil du temps. La deuxième porte d'entrée est celle des revenus. Elle concerne beaucoup de jeunes qui ne disposent pas de solidarité. Le recours au handicap permet alors de compenser l'absence de solidarités publiques entre 21 et 25 ans. Nous analysons également le recours différencié à cette orientation par des professionnels selon leur positionnement moral. La troisième porte d'entrée est celle de l'emploi. Elle concerne tous les milieux sociaux, avec cependant une

⁵⁴ Pour plus de précisions sur cette enquête, voir encadré méthodologique dans le chapitre 4.

distinction liée au parcours psychiatrique antérieur plus long pour les jeunes des milieux les plus favorisés socialement. Enfin, la quatrième porte d'entrée ne concerne pas un type de demande, mais un registre explicatif du handicap distinct : le somatique. L'analyse de cette entrée montre, d'une part, le poids de la qualification des troubles psychiques, même flous et incertains, sur les parcours de vie. Ainsi, certains jeunes avec des troubles somatiques sont orientés vers la MDPH par des professionnels qui expliquent leurs problèmes de santé par des troubles psychiques. Cette discordance dans l'explication des difficultés d'insertion, entre les jeunes et les professionnels, n'empêche pas l'initiation d'un dossier à la MDPH. D'autre part, l'analyse des entretiens de jeunes qui entrent par le biais du somatique dans le handicap, met en lumière le très fort sentiment de stigmatisation et d'illégitimité à être aidé pour des jeunes en souffrance psychique.

Chapitre 3 : Troubles psychiques, l'amorce des parcours

Dans notre enquête exploratoire, les professionnels, en dehors du champ médical, faisaient part de leurs interrogations sur le périmètre de définition des troubles psychiques. Si le sujet « des jeunes avec des troubles psychiques » leur paraissait compréhensible immédiatement, cet objet n'avait pas de contours clairs. Pourtant, ces mêmes professionnels nous décrivaient des pratiques d'orientation de jeunes vers des structures de soin (psychologique, psychiatrique), du fait de ce qu'ils percevaient comme des troubles psychiques. Il nous a alors semblé particulièrement important dans la suite de la recherche, de creuser cette question de la définition des troubles par les acteurs impliqués dans les parcours des jeunes. Ainsi, nous avons dans la suite de l'enquête demandé aux personnes rencontrées (les professionnels du soin, du scolaire, du social, ou encore les familles), lorsqu'ils nous parlaient de cas, quels étaient les signes qui leurs permettaient de dire que le jeune avait des troubles psychiques. Nous avons également demandé aux jeunes rencontrés quelles avaient été les premières manifestations de leurs troubles psychiques.

Nous avons ensuite affiné cette interrogation de départ sur la définition des troubles psychiques en nous posant les questions suivantes : Quelles sont les manifestations qui font l'objet de la qualification de troubles psychiques ? Qui nomme les troubles psychiques ? Comment les troubles psychiques sont-ils expliqués ? Pourquoi les troubles sont-ils qualifiés ? Quel impact est-ce que cette qualification a sur le parcours de vie des jeunes ? Quels sont les troubles qui vont faire l'objet d'une orientation vers du soin psychique ?

Pour répondre à ces questions nous nous appuyons sur les entretiens réalisés avec les professionnels, les familles et les jeunes qualifiés comme ayant des troubles psychiques. Nous analysons la manière dont les différents points de vue, les caractéristiques sociales et les enjeux inhérents à chaque acteur, interagissent et façonnent l'entrée dans un parcours étiqueté par la psychiatrie. Nous mobilisons pour traiter ces données, les travaux d'Anselm Strauss sur les trajectoires de maladie (Baszanger, Strauss, 1992). La trajectoire de la maladie est un concept qui fait « *référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués* » (Strauss, 1992, p.143). Différentes phases dans la trajectoire de maladie sont identifiées par Anselm Strauss et sa collègue Juliet Corbin (Strauss, Baszanger, 1992, p 17) : 1) La pré-trajectoire 2) L'amorce de la trajectoire 3) La phase de crise 4) La phase aigüe 5) La phase stable 6) La phase instable 7) Le comeback 8) La

détérioration progressive. Nous reprenons également à Anselm Strauss sa démarche interactionniste en veillant à articuler à la fois les enjeux individuels d'une part et les enjeux structurels qui « pèsent sur les conditions de l'action » d'autre part (Baszanger, 1992, p 12).

Nous traitons ici de l'amorce de la trajectoire (les premiers signes), de la phase de crise et de la phase aigüe (la qualification et l'entrée dans le soin). Selon le découpage opéré par François Sicot dans son approche constructiviste de la maladie mentale (Sicot, 2001), nous traitons pour le dire autrement, de la phase de gestion informelle de la maladie (lorsqu'elle n'est pas prise en charge ou bien encadrée par les proches et l'environnement social) et de la phase de gestion formelle (les premières prises en charge en psychiatrie).

Dans le premier point de ce chapitre, nous traitons des différentes manifestations qui font l'objet de troubles psychiques, des acteurs de la qualification et des registres interprétatifs de la nature des troubles. Nous nous situons dans l'amorce du parcours, avant les prises en charge dédiées aux troubles psychiques. Nous nous appuyons ici sur l'ensemble des entretiens que nous avons réalisés, y compris ceux traitant de cas de jeunes n'ayant pas eu de soin psychique. Il y a en effet un écart entre « troubles psychiques qualifiés » et « troubles psychiques « traités » (Demailly, 2011). La qualification des troubles est l'objet d'enjeux multiples dont nous explorons les déterminants, non pas seulement du point de vue des professionnels de la psychiatrie mais aussi des professionnels intervenants à d'autres moments et dans d'autres sphères de vie des jeunes, ou encore des jeunes eux-mêmes et de leurs proches.

Dans le deuxième point, nous analysons les phases de crises et phases aiguës des parcours, celles qui mènent au soin psychiatrique. Nous centrons notre analyse sur la perception du risque comme déterminant de l'initiation de soin. Nous présentons ensuite différents guichets d'entrée dans le soin que nous avons observé dans notre recherche, des déterminants de l'orientation vers ces guichets et enfin leur impact sur le parcours futur du jeune. Enfin, nous traitons dans ce point, des capacités de négociations des parcours par les jeunes et les familles, en analysant les interactions et rapports de pouvoir en jeu dans le soin. Notre analyse montre le poids du milieu social d'origine, de la perception du risque ou encore de l'offre territoriale dans l'orientation vers les multiples guichets existants. Pour développer cette analyse, nous nous appuyons sur les entretiens avec les jeunes, les parents et les professionnels (plus spécifiquement ceux du soin).

1. Qualifications des troubles

Le travail mené par Anselm Strauss sur les trajectoires de maladies montre que les personnes

malades sont celles qui, « *bien souvent* » identifient les symptômes et initient le soin : « *Les maladies chroniques impliquent bien souvent que les premières phases du travail de trajectoire soient assurées par les malades eux-mêmes. De manière caractéristique, ils remarquent certains faits nouveaux survenant au niveau de leur organisme, souvent d'ailleurs pour n'en pas tenir compte pendant un certain temps, puis, s'inquiétant ou s'affolant ils rendent visite à un médecin.* » (Strauss, 1992, p.162).

Au cours de l'enquête exploratoire nous avons observé que la qualification des troubles peut émaner de la personne touchée, mais aussi et ce dans la plupart des cas, de celles qui sont à son contact. Les troubles psychiques, s'ils se manifestent parfois par le biais de l'organisme (dans des cas ou des problèmes somatiques sont perçus comme étant d'origine psychique), s'expriment dans la plupart des cas rencontrés, dans les relations aux autres et aux activités sociales. Pour Henri Dorvil, c'est « *la relation avec autrui qui constitue la cause principale du problème de la maladie mentale* » (Dorvil, 1990, p. 46). Ces manifestations sont donc également visibles et peuvent être éprouvées par d'autres acteurs que la personne concernée.

Les personnes susceptibles de qualifier un comportement comme étant en dehors de la norme de « bonne » santé mentale, aussi subjective soit-elle, sont nombreuses. De par les inscriptions sociales normées de la jeunesse, les familles, les professionnels du champ scolaire ou encore de l'insertion professionnelle apparaissent comme des acteurs importants de la qualification des troubles psychiques. Ces acteurs vont recourir à divers registres pour expliquer la nature des troubles psychiques. Les réactions face à ces comportements vont varier selon les registres explicatifs des troubles qui sont mobilisés.

Dans ce point, nous présentons à partir de nos entretiens et observations, quels sont les comportements qui font l'objet d'une qualification en termes de troubles psychiques, quelles explications sont données à ces comportements et par qui. Cela nous permet de dégager un faisceau d'enjeux déterminants dans l'amorce de trajectoires de jeunes dans le champ de la santé mentale.

1.1 Les manifestations des troubles

Les acteurs de la qualification et les manifestations qui sont catégorisées comme relevant des troubles psychiques sont multiples. La qualification des troubles s'opère en grande partie selon la forme de leur manifestation. Les signes qualifiés peuvent être décrits comme clairs (souvent lorsqu'ils perturbent le fonctionnement d'une institution, par exemple), ou encore caractéristiques de troubles psychiatriques (hallucinations, auto-agression, par exemple). Dans bien des cas, les signes sont décrits comme plus insidieux, difficilement qualifiables, au risque d'étiqueter à tort le jeune comme souffrant de troubles psychiques.

Les travaux de Marie Menoret sur les temps du cancer sont très éclairants pour l'analyse des trajectoires relatives aux troubles psychiques (Ménoret, 2007). Ainsi observe-t-on une caractéristique commune dans les trajectoires, dans la phase de pré-diagnostic, la période durant laquelle la personne observe des symptômes, sans pour autant consulter un médecin à ce sujet. *« De fait, dans un grand nombre de débuts de trajectoire, un dysfonctionnement organique lié à une pathologie cancéreuse peut être considéré par la personne qui en est affectée comme un événement bénin qui ne justifie pas un recours médical. De nombreuses enquêtes ont d'ailleurs montré que la majorité des symptômes physiques ne donnaient pas lieu à une consultation. Cette donnée n'est donc pas spécifique au cancer. D'autant plus que dans un certain nombre de situations, un symptôme de cancer ne se distingue en rien d'un symptôme mineur. Dans ce cas, le patient est le premier « diagnostiqueur », même si son diagnostic est erroné et devra être révisé avec le temps. Une petite hémorragie sera mise sur le compte d'hémorroïdes, des céphalées sur le compte de la fatigue, une fatigue sur le compte du stress. »* (Ménoret, 2007, p.167-168).

Pour les troubles psychiques, certains symptômes peuvent également se confondre avec des manifestations catégorisées comme relevant d'une « crise d'adolescence » : fatigue, tristesse, changements de comportement, etc.

“Par nature, c'est pareil, un adolescent qui est bien dans sa peau, c'est un peu suspect. Par nature, l'adolescent, il se pose des questions, il est en recherche... ” (Proviseur Lycée 1)

La qualification de ces comportements en troubles, revient à poser une frontière entre le comportement « normal » adolescent et celui qui nécessite des soins. C'est ce qu'exprime Lou en parlant des difficultés qu'il a rencontrées :

« Un adolescent qui a des crises de colère, qui a des crises d'humeur, ça arrive tout le temps quoi! c'est pas...voilà je sais pas comment dire, c'est nature!! les hormones et tout c'est logique quoi! Mais là [rire] non peut-être qu'il y avait un petit truc en plus! Peut-être. Enfin maintenant je prends des médocs et ça va mieux, mes humeurs c'est carrément pas pareil! » (Lou)

Dans cette recherche nous nous sommes intéressée aux différents comportements qui sont qualifiés comme relevant de troubles psychiques. Au cours de l'enquête, nous avons demandé aux professionnels qui nous présentaient des cas de jeunes, quels sont les signes, les comportements qui les amènent à penser que cette personne est confrontée à des troubles psychiques. Selon le secteur d'appartenance des professionnels, les signes des troubles psychiques ne sont pas décrits de façon tout à fait similaire.

Pour les professionnels du champ scolaire, les manifestations présentées ont très régulièrement été regroupées en deux catégories : les signes bruyants/visibles et les signes discrets/invisibles. La

première catégorie, les signes bruyants, caractérise un ensemble de comportements qui vont avoir un impact négatif sur le fonctionnement de la structure scolaire, ou bien sur le déroulement de la scolarité du jeune. Les exemples qui sont typiquement donnés sont les changements brusques des résultats scolaires (« *les notes qui chutent* ») ou encore les attitudes de rébellion contre l'ordre scolaire (« *il devient insolent* »).

« Tu as la version « c'est flagrant, ça se voit ». C'est-à-dire qu'on met à mal le lieu géographique, on met à mal les adultes, on met à mal par des violences verbales, enfin, un tas de choses. En tout cas, on exprime quelque chose de façon à ce que ça se voit. Ou l'inverse, on est dans le silence radio, et on n'existe plus. Ce qui est un trouble psychique tout autant. On a plus de mal à l'expliquer celui-là parce que, ma foi, un élève qui ne dit trop rien, sauf à ce que ses résultats scolaires ne soient pas terribles, ou s'effondrent ou... et où là, il interpelle mais c'est vrai que sur des classes de 30, quand il y en a un qui dit, ma foi, rien. » (Madame D, Rectorat)

Certaines manifestations qui perturbent le fonctionnement de l'établissement, seront qualifiées plus rapidement en termes de troubles psychiques, que des comportements n'ayant pas d'impact sur le collectif. Pour autant, les professionnels du milieu scolaire se décrivent comme attentifs aux transformations qu'ils qualifient de plus « discrètes » chez les jeunes et qui peuvent traduire une problématique de souffrance psychique. La présentation de soit, la tenue des corps, est particulièrement représentative de ces « transformations discrètes ».

« Mais tu vois bien la gamine que tu vois arriver petite jeune fille, pas encore mûre au mois de septembre, voilà...Et tu la revois trois-quatre mois après avec blouson de cuir, des clous un peu partout et puis... Evidemment, l'habit ne fait pas le moine, on est bien d'accord mais... je ne sais pas, tu le sens quand quelqu'un devient négligé... négligé et sort de la norme.

Ce n'est pas toujours très palpable mais tu vois bien qu'il y a quelque chose qui... depuis le look vestimentaire jusqu'à l'apparence, le vocabulaire utilisé, la façon d'être, la façon de répondre, ce qu'elle ne pouvait pas faire auparavant, d'utiliser un vocabulaire qu'on n'attend pas forcément dans la bouche d'un élève de terminale S. Il y a des changements qui sont quelquefois difficiles à percevoir au départ. Ça vient petit à petit et c'est quand ça arrive à un certain point, tu te dis « mais attends, elle n'était pas comme ça avant ! Enfin, il y a... » Et puis après quand on parle aux profs, quand on parle à d'autres gens, ben oui, le ressenti est le même et les gens voient petit à petit l'évolution mais ce n'est pas du jour au lendemain. Ce n'est pas caricatural non plus. Ce n'est pas brutal... ils font qu'à un moment donné, tu prends conscience qu'il y a quelque chose qui n'est plus pareil et après, tu constates les absences, les résultats scolaires qui vont baisser... » (CPE Lycée 1)

Les professionnels sont d'autant plus vigilants qu'ils sont régulièrement confrontés à des formes violentes de manifestations de souffrance psychique, alors même qu'aucun autre signe n'avait été détecté auparavant. Ils seront alors vigilants aux « manifestations discrètes », par crainte de passer à côté d'un trouble grave.

« On en a eu un comme ça la semaine dernière, qui arrive en seconde, qui était au collège. On

a retracé un petit peu, complètement : sans bruit, sans rien. Depuis la rentrée, ça ne fait pas longtemps, quand même ça fait un mois, pareil, pas de... rien, il s'est défenestré du 3ème étage, à la fin d'un cours. Il n'est pas décédé mais voilà. Pour vous dire qu'il a un trouble psychique... enfin, il y a un souci, en tout cas. » (Madame D, EN)

Si les professionnels nous disent être vigilants à ces signes, nous supposons ici que ce n'est pas le cas de tous. D'une part, les professionnels que nous avons rencontrés ont accepté de prendre du temps pour l'entretien car ils portent un intérêt particulier pour la plupart à cette problématique des troubles psychiques chez les jeunes. D'autre part, nous avons entendu des récits de jeunes dont la souffrance, même si elle s'exprimait en milieu scolaire, n'a pas été vue ou bien a été mise de côté par les enseignants⁵⁵. C'est ce que nous raconte par exemple Lou. Alors qu'il se trouve dans une période difficile (pertes et maladie de membres de sa famille), ses enseignants voient son comportement changer mais ne lui posent pas de question.

« Et tes profs ils savaient tout ce que tu vivais, à la maison ?

Non. Il y a une prof, une fois, à qui j'en ai parlé juste avant les grandes vacances, à la fin de l'année où j'avais perdu mes 2 grands parents, et où ma mère venait d'avoir son cancer. Donc elle, elle m'avait dit, mais tu vois si tu m'avais dit tout ça j'aurais su parce que c'est vrai qu'il y a des jours où tu allais bien et d'autres jours où tu allais vraiment pas bien. Enfin genre j'avais cours avec elle le lundi, le mardi, le vendredi, donc ça se pouvait que le lundi je sois très très content, enfin, et puis le mardi complètement dévasté, et le vendredi re-bien. Donc elle elle pensait que je me foutais de sa gueule. Vraiment c'est comme ça qu'elle l'a perçu elle. Et j'ai dit mais vous auriez pas pu me le dire à la fin de l'heure, enfin pour me demander? Du coup j'ai eu des sales notes avec elle, parce qu'elle pensait que je faisais le clown quoi, enfin que je jouais avec elle quoi, mais non. C'est juste que dans ma tête là ça allait pas, dans mon corps non plus. A l'école non plus. Et le lycée vraiment me faisait me sentir pas bien.» (Lou)

Absentéisme (Douat, 2007), décrochage (Berthet et Zaffran, 2014), phobie scolaire, etc., apparaissent à cet égard comme différentes manifestations contemporaines au cœur de la problématique scolaire. Témoignage protéiforme de mal-être, ces maux ne sont certes pas nouveaux, mais le contexte de massification de la norme scolaire (Beaud, 2013), les a rendus plus visibles dans leurs manifestations. Ainsi, pour la plupart des professionnels rencontrés, l'impression que les signes de souffrance sont en augmentation est partagée, qu'il s'agisse des responsables d'établissement, des infirmières scolaires ou encore des membres de l'équipe éducative. Un sentiment d'accroissement qu'ils jugent tangibles au regard du nombre de situations complexes traitées chaque année. Sans pouvoir qualifier exactement l'ampleur de cette augmentation, ils estiment que ces situations sont manifestes au sein de leur établissement et plus fréquentes aujourd'hui qu'elles ne l'étaient, pour les plus anciens, au début de leur carrière. Ce sentiment doit cependant être nuancé. En effet, au regard

⁵⁵ Cela nous interroge sur la perception de leur rôle par les enseignants en matière de veille en santé mentale, mais nous y reviendrons dans le point suivant.

des évolutions sociétales et de l'attention accordée aujourd'hui au bien-être des élèves, au climat scolaire, etc. l'interprétation de ces situations a évolué, en raison du mouvement de psychologisation des questions sociales et notamment des questions scolaires (Sicot, 2005, 2006), mais également des effets de la loi de 2005 sur l'accueil dans l'enceinte scolaire des élèves en situation de handicap. Autrement dit, ce qui est aujourd'hui considéré comme un comportement relevant d'un trouble psychique ne l'était pas forcément il y a une vingtaine d'année :

« Oui, il y a une montée en puissance de cette problématique-là. En sachant, parce que c'est ça qui est de plus en plus compliqué, que l'on met sous troubles et handicap à caractère psychique, aussi beaucoup de choses qui n'en relèvent pas forcément. (...) Pour être très schématique, un élève perturbateur, il y a un moment, on aurait dit : « il n'est pas bien éduqué ». Aujourd'hui, on a de plus en plus : « il a un trouble psy... » Le spectre s'est élargi. » (Inspecteur de l'Education nationale).

Pour beaucoup de jeunes que nous avons rencontré, les premiers troubles se sont manifestés à l'égard de l'école. Nausées, angoisses, tremblements, crises de larmes, tétanie, etc. sont des termes fréquemment entendus en entretien, pour parler de ce qu'ils ressentaient à l'idée d'aller à l'école, d'en passer le seuil ou parfois même au sein de l'établissement. Ainsi, sur les 39 entretiens avec des jeunes, 12 disent avoir eu des troubles psychiques qui se sont manifestés en rapport avec l'école. Pour certains, les premiers troubles concernent directement l'école, c'est le cas pour Benjamin et Gaétan. Pour d'autres, les difficultés avec le fait d'aller à l'école se développent dans un second temps, comme pour Emma⁵⁶ et Marion.

➤ Gaétan a 17 ans. Son père est ouvrier, sa mère est salariée. Gaétan décrit une scolarité difficile. Il est le bouc émissaire de ses pairs pendant de longues années. Gaétan a alterné entre des filières professionnelles et générales selon l'évaluation de ses capacités scolaires par ses enseignants. Le harcèlement et ces changements d'orientation l'ont amené à fréquenter deux collèges et trois lycées différents. Dans le dernier lycée, il suit une seconde professionnelle par alternance. Après une période de stage, un lundi matin, il est incapable de bouger pour retourner au lycée. Il se retrouve également comme figé les jours suivants. Un suivi psychiatrique par un CMP est alors initié. Gaétan ne retourne par en cours pendant deux ans suite à cela et reste enfermé la plupart du temps au domicile de ses parents.

➤ Benjamin a 17 ans. Son père est ouvrier et sa mère est sans emploi. A l'école primaire, Benjamin est un très bon élève, apprécié des enseignants et avec un groupe d'amis. Il vit très mal son entrée au collège et dit avoir du mal à s'adapter à ce nouvel environnement avec beaucoup d'élèves. Il rate beaucoup de cours dès le début de la sixième. Il ne veut plus aller au collège. Un soir en rentrant des cours, il jette son cartable

⁵⁶ Voir la présentation brève du parcours d'Emma dans le point 2.1.4

dans une poubelle avant de rentrer chez lui. Il est dans un état dépressif⁵⁷. Benjamin est alors hospitalisé en pédopsychiatrie.

➤ Marion a 17 ans au moment où nous la rencontrons. Son père est sans emploi suite à des problèmes de santé, et sa mère est salariée. Marion commence à avoir des vertiges et évanouissement au collège. Ses malaises sont tellement fréquents qu'elle rate plusieurs mois de scolarité au cours de la 4^{ème}. Elle perd conscience dans des endroits qui la mettent en danger : des escaliers, près de plans d'eau. Elle développe alors une peur d'aller à l'école lié à ses évanouissements dangereux et stigmatisant. L'année suivante, Marion fait une tentative de suicide. Elle est alors hospitalisée en psychiatrie et ne se rendra pas au collège de toute l'année. Lorsqu'elle entre au lycée, Marion a de grandes difficultés à passer les portes de l'établissement. Elle fond en larme, est très stressée et ne veut pas y aller. A posteriori, Marion analyse ses évanouissements comme les prémices d'une phobie scolaire.

On retrouve pour les professionnels du champ de l'insertion une attitude similaire, c'est-à-dire que les troubles les plus bruyants seront rapidement qualifiés. Ces situations pourront par exemple être présentées à des professionnels de la psychiatrie lors de rencontres dédiées à cette problématique (nous y reviendrons plus en détail dans le chapitre sur l'insertion dans l'emploi)⁵⁸. Si les conseillers nous parlent parfois des pratiques corporelles des jeunes (critique de l'hygiène, de la présentation de soi, de la tenue des corps, comme inadapté à une recherche d'emploi), cette dimension n'apparaît pas comme un signe spécifique d'alerte de troubles psychiques. En revanche, ce qui est jugé comme une dégradation de l'hygiène peut être associée à un facteur qui apparaît comme très important pour identifier des troubles psychiques : la souffrance. Les conseillers nous disent repérer des troubles psychiques chez des jeunes à partir de l'expression d'une grande tristesse, d'une douleur psychique⁵⁹. Le cas de Rose est une bonne illustration de cette qualification des troubles psychiques par l'expression chez le jeune d'une tristesse.

➤ Rose a 25 ans au moment où nous la rencontrons. Rose raconte qu'elle a été en très bonne santé et très active jusqu'à ses 17 ans. Puis subitement, elle ressent une très grande fatigue et perd 15 kilos en deux mois. Elle passe des examens médicaux mais qui n'expliquent pas son état de santé. Elle est dans un lycée privé dans une région voisine de celle où habitent

⁵⁷ Nous reprenons dans ces extraits de parcours, les éléments descriptifs donnés par les jeunes. Ainsi dans ce cas c'est Benjamin qui nous dit être dans un état dépressif à ce moment-là.

⁵⁸ La mission locale au sein de laquelle nous avons réalisé notre enquête collabore avec une équipe mobile de psychiatrie. Celle-ci rencontre une fois par mois les professionnels de la mission locale qui souhaitent présenter la situation d'un jeune qui les accompagne et les questionne du fait de la présence de troubles psychiques (troubles estimés selon le professionnel ou bien déjà diagnostiqués) et recueillir ainsi des conseils sur la conduite à tenir dans leur accompagnement et/ou passer le relais à des professionnels de la psychiatrie.

⁵⁹ Ce repérage peut amener les professionnels à orienter les jeunes vers des professionnels de santé ou même à les aider à constituer un dossier de demande de reconnaissance d'un handicap, lorsque cette souffrance les limite dans leurs possibilités d'insertion. Nous reviendrons plus en détail sur les conséquences de la qualification des troubles psychiques dans les trois chapitres suivants.

ses parents. Elle loge chez sa grand-mère. Du fait de sa fatigue, Rose a du mal à se lever le matin pour aller au lycée. Une réunion est organisée avec le proviseur du lycée et ses professeurs qui souhaitent échanger sur sa situation et sur ses multiples retards en cours. Rose dit que l'équipe enseignante pense qu'elle joue la comédie. Ils évoquent aussi devant elle la possibilité qu'elle soit anorexique. Elle le vit très mal et part de la réunion « en claquant la porte ». Elle est ensuite renvoyée du lycée, ne termine pas son année scolaire et ne passe pas le bac. Elle retourne alors à Villerose. Lorsqu'elle arrive, elle n'est plus étudiante et n'a pas de travail. Elle ne veut pas s'installer chez ses parents car leur relation est tendue. Elle s'inscrit à la mission locale. Elle est suivie par un conseiller en insertion professionnelle qui la met en lien avec une conseillère en éducation sociale et familiale qui l'accompagne dans des demandes financières et un autre professionnel qui l'aide à trouver un logement. Les personnes qui l'accompagnent à la mission locale lui disent qu'ils craignent qu'elle souffre de dépression. Rose dit qu'en effet, elle pleure régulièrement à cette période, mais plus du fait de sa situation sociale très précaire et de son état de santé physique que pour une dépression. Elle raconte comment le fait qu'elle sorte peu de chez elle inquiétait ces professionnels, alors qu'elle s'enfermait pour se reposer car la fatigue était trop forte, et non pas par manque d'envie de sortir et de voir ses amis.

Nous rencontrons dans un premier temps, le conseiller de mission locale, de Rose, Monsieur Durand, qui nous parle de la situation de la jeune femme, alors que nous lui demandons de nous parler du parcours de jeunes avec des troubles psychiques, qu'il a accompagné dans la constitution d'un dossier à la MDPH du fait de ces troubles. Monsieur Durand commence par nous lire une synthèse qu'il a rédigé sur Rose pour l'aider à constituer un dossier MDPH et qui présente de nombreux problèmes somatiques de Rose, mais aucun psychique. Lorsque nous l'interrogeons sur les troubles psychiques de la jeune femme, il nous parle alors de signes de tristesses et de problèmes sociaux que rencontre Rose.

« Il n'y a aucun trouble psychique évoquée dans la synthèse...

Euh... je ne l'ai pas évoqué, mais il y en a. Bien sûr. Moi, j'ai vu Rose, la première fois pour une recherche d'emploi. C'est une jeune femme, qui avait quitté l'école depuis peu de temps. Elle était en Bac pro, accompagnement. Elle avait fait deux années sur les trois années. Et elle avait pu valider un BEP. Je me rappelle d'un premier entretien où il y avait de l'émotion, il y avait des larmes. Et puis... une personne du CCAS m'appelle rapidement pour me dire qu'il y avait une situation de logement compliquée. Je la revois plus tard pour une aide financière. Et là, elle me parle de ses difficultés à la maison, de relations compliquées avec sa maman. [...] Et elle travaille à temps partiel. Et je viens de voir qu'elle arrête son contrat parce qu'elle est fatiguée. Visiblement, il y a des fatigues, ça ne va pas.

Donc, une jeune fille à fleur de peau. Je pense qu'il y a la consommation... relation compliquée avec sa maman... problème d'hébergement, fatigabilité déjà, qui commence à se voir. [...]

Pour vous, il y a des troubles psychiques dans cette situation ?

Il y a une fragilité psychique. Je ne parlerai pas de trouble... Je l'ai toujours connue à fleur de peau. On sent qu'il y a un passé qui est compliqué, qu'il y a quelque chose qui ne va pas se réparer. Sa maman a une histoire de vie compliquée. Elle porte quelque chose. Et elle n'arrive pas à s'en défaire. Donc, elle est toujours dans l'émotion. Et puis, à ça, se rajoutent tous les problèmes musculaires, physiques, qui ne facilitent pas l'insertion. » (Monsieur Durand, Conseiller Mission Locale de Rose)

Ces extraits d'entretiens montrent l'imbrication de différentes problématiques sociales et de santé : situation familiale conflictuelle, pas de logement stable, problèmes somatiques, émotivité, tristesse. S'il nous dit dans un premier temps que Rose a des « troubles » psychiques, il revient ensuite sur cette affirmation pour la requalifier en termes de « fragilité ». Ce qui lui permet d'utiliser ces deux qualificatifs, c'est l'expression par Rose de ses émotions.

Monsieur Durand nous met ensuite en lien avec Rose, qui accepte de nous rencontrer en entretien pour nous faire part de son parcours de vie, et nous parler du dossier de demande à la MDPH qu'elle a effectuée sous l'impulsion de son conseiller de mission locale. Au cours de l'entretien, Rose nous parle de ses nombreux problèmes de santé somatique. Elle nous raconte qu'à une période Monsieur Durand pensait qu'elle était dépressive, ce avec quoi elle n'est pas d'accord du tout.

« Avec Monsieur Durand on parle de tout et de rien en même temps, de comment ça va. C'est un peu mon psy aussi, en quelque sorte. Mais même depuis le début où il m'a vue, c'était la période où je commençais à être fatiguée. Je pleurais pas mal, parce que j'étais fatiguée. Au début Monsieur Durand, il pensait que j'étais dépressive, alors que moi j'avais envie d'aller dehors, de m'amuser !!

Il te disait ça ?

Ben il pensait ouais. Avec une autre collègue, qui m'avait pas mal aidée pour le logement aussi.

La même que pour les aides financières ?

Non, c'est une autre. C'était une dame, au moment où je suis partie de VilleBleu en fait, après que j'ai été virée du... enfin, je suis revenue à Villerose, mais avec ma mère c'était un peu trop compliqué comme d'habitude. Du coup, il fallait un logement, trouver un travail le plus rapidement. C'est comme ça que j'ai rencontré Monsieur Durand. J'avais une dame aussi pour le logement, et eux deux disaient que j'étais dépressive.

Et moi, j'avais beau me battre en me disant : « Non non, je ne suis pas dépressive » J'avais la joie de vivre tout, enfin j'étais pas du tout dans l'optique. Juste enfermée dans le noir. Je voulais dormir parce que j'étais fatiguée, mais je voulais aussi faire la fête ! » (Rose)

A partir du même comportement, des pleurs, deux représentations se dégagent. Pour le conseiller de mission locale, les pleurs sont l'expression d'une fragilité psychique, qui freine les démarches d'insertion et peuvent faire l'objet d'une reconnaissance institutionnelle (le dossier MDPH). Pour la jeune femme concernée, les pleurs sont l'expression de la confiance qu'elle accorde à son conseillers

(« c'est un peu mon psy ») et de la confession de sa détresse du moment, au regard de sa situation sociale bouleversée (elle est renvoyée du lycée en cours d'année, sans logement, change de ville) et de ses problèmes de santé somatique inexplicables à cette époque. Le cas de Rose est représentatif d'autres situations présentées par des professionnels de mission locale, pour qui l'expression d'émotions, selon un certain degré d'intensité jugé hors norme, peut-être un signe de souffrance psychique.

Tous ces critères de présentation de soi (tenue du corps dans l'espace, tenue vestimentaire, hygiène, ou encore manifestation physique de ses émotions), peuvent être considérés comme des manifestations, des signes de troubles psychiques. Si cette vigilance est expliquée par les professionnels de par une volonté de prévention et de gestion des risques pour les jeunes, cette désignation des troubles psychiques par la présentation de soi participe à une forme de gouvernement des corps (Fassin, Memmi, 2006), qui pose les usages socialement légitimes des corps (Memmi, 1996). Cette hypothèse que nous posons ici pourrait être critiquée selon le principe de déni des troubles. Mais nous en revenons à notre principe de départ : nous ne pouvons de notre place de sociologue juger de la nature des troubles observés et n'accordons pas plus de poids à la parole d'un enquêté vis-à-vis d'un autre (professionnels, familles et jeunes). Par ailleurs, les travaux sur la psychiatrisation de la déviance sociale de Michel Foucault, Robert Castel et Erving Goffman et plus récemment Isabelle Coutant ou encore Stanislas Morel, nous amènent à prendre au sérieux notre hypothèse de la gestion des émotions comme forme de gouvernance des corps.

L'incertitude apparaît très présente dans le processus de qualification de comportements comme relevant de troubles psychiques. Ce processus de qualification relève dans tous les cas d'un travail de désignation de conduites sociales, mises en scène de soi, jugées anormales. C'est bien souvent lorsque ces comportements anormaux sont désignés comme à risque pour la personne, que des troubles sont qualifiés et peuvent amener à être pris en charge de façon formelle. Selon les personnes qui qualifient les troubles, les risques perçus sont distincts.

1.2 Les acteurs et enjeux sociaux de la qualification des troubles

1.2.1 Les jeunes et leurs proches

Comme le suggère Anselm Strauss en parlant des maladies chroniques de façon générale (Strauss, 1993), les manifestations problématiques vont être dans la plupart des cas remarquées par les jeunes, mais sans amener immédiatement ou systématiquement à une qualification en termes de troubles ou

de soins psychiques. En effet les jeunes rencontrés disent soit ne pas comprendre ce qui leur arrive ou bien expliquent leurs émotions et réactions comme des conséquences « normales » (et donc en dehors des troubles psychiques) à leurs expériences sociales (harcèlement, deuil, ...). Les professionnels et familles décrivent à ce sujet un déni des jeunes personnes quant à leur état de santé psychique. Ce déni est parfois décrit comme spécifique à certaines pathologies, comme par exemple l'anorexie, ou certaines situations de vie telle que l'errance.

« Mais vous savez que dans les gens qui errent dans la rue vous avez au moins une personne sur deux qui est un psychotique ou non diagnostiqué ou non traité ou dans le déni des troubles. »
(Médecin, MDPH)

Le déni des troubles décrits peut mener à des refus de soin de la part des jeunes, qui ne se considèrent pas malades.

« Ces derniers temps, il y a eu une issue tragique : on a perdu une élève que moi je suivais depuis cinq ans, qui était dans une très, très grosse difficulté d'anorexie. Et, puisque ça fait aussi partie de cette pathologie, il y a une sorte de refus de soins, de déni. » (Enseignante en milieu hospitalier)

Dans les entretiens, les jeunes décrivent en grande majorité une conscience d'être dans un écart à la norme, mais des difficultés à mettre des mots sur ce qui leur arrive. Ne comprenant pas leurs ressentis, ils cherchent parfois des solutions ailleurs que dans le soin, comme le raconte Maeva, qui change d'établissement scolaire pour se sentir mieux.

« Et au final j'ai encore voulu changer d'établissement, encore après, parce que je me suis dit je ne sais pas d'où le problème vient. Je me sens bien nulle part. J'allais en cours, c'était des crises d'angoisse tout le temps. Mais je ne savais pas mettre de mots sur ça justement donc, pour moi, j'étais juste pas normale, y avait un souci. » (Maeva)

Les membres de la famille sont, dans la plupart des cas lorsqu'ils côtoient fréquemment le jeune, des témoins des manifestations qu'ils qualifient de troubles psychiques.

« Une maman de l'association me raconte son histoire et celle de son fils, la manière dont elle a commencé à le trouver « bizarre » au moment de ses études d'ingénieur, des petits signes qui l'alertaient, elle, mais qui n'inquiétaient personne d'autre. Elle me raconte la manière dont elle se sentait ignorée lorsqu'elle faisait part de ses doutes sur le comportement de son enfant : « Je voyais bien qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, mais tout le monde me disait que je me faisais des idées. ». Son fils a été diagnostiqué schizophrène à presque 30 ans, après une hospitalisation sous contrainte. » (Journal de terrain, 2014).

S'ils sont témoins de changements dans le comportement de leur enfant, la qualification des troubles de leur part peut s'opérer plus tardivement. Comme le souligne Delphine Moreau dans son travail sur la gestion au sein des familles de troubles psychiques chez un des enfants : *« Dans le*

processus qui conduit à poser le « jugement de folie » ou de « maladie mentale », plusieurs parents témoignent d'une période où coexistent la prise de conscience ou l'identification du trouble mental et sa non-reconnaissance, avec à la fois des formes de normalisation-rationalisation et tout simplement la vie qui suit son cours, la conscience de « ce qui ne va pas » étant comme repoussée ou suspendue sans entraîner aucune traduction pratique spécifique, celle-ci étant parfois engloutie dans une série de réponses urgentes apportées à des problèmes immédiats qui se succèdent. » (Moreau, 2007, p.19). Pour François Sicot, cette période est celle de la gestion informelle des troubles (Sicot, 2001).

« Ça a commencé à peu-près en janvier, à la rentrée de janvier de la classe de première, ou vraiment j'ai commencé à dire le matin à ma mère que je voulais pas aller en cours. Et le soir je rentrais, j'avais vraiment pas envie d'y retourner le lendemain. Donc au début mes parents ont pensé que c'était la reprise de janvier qui était un peu difficile. Enfin moi les rentrées j'ai jamais vraiment aimé ça. De se remettre en route ça a toujours été un peu difficile. Donc ouais, ça a duré un mois, mes parents ils me disaient ça va passer, c'est parce qu'il y a le bac de français en fin d'année, un peu de stress. » (Camille, 18 ans).

Cet extrait d'entretien soulève un autre point important concernant la place des parents : celle de confident. Dans certains cas rencontrés, les jeunes font part à leurs parents des difficultés qu'ils rencontrent. Soit parce qu'ils ne peuvent pas leur cacher (notamment en cas d'absentéisme scolaire) et justifient alors leur conduite en racontant leurs difficultés. Soit parce que les parents jouent ce rôle de confident au quotidien. Cette dernière configuration n'est pas apparue comme la plus fréquente, loin de là. Dans bien d'autres situations, les jeunes ne confient pas leurs difficultés à leurs parents. L'éloignement géographique, notamment au moment de l'entrée dans des études supérieures ou la prise d'autonomie dans le logement, semble largement favoriser cette configuration : les opportunités de discussion étant moins fréquentes, elles rendent la confiance beaucoup plus formelle et plus difficile. Il est par ailleurs plus aisé de cacher les difficultés rencontrées lorsque la famille est éloignée et n'a plus de compte rendu régulier de la situation du jeune, comme c'est généralement le cas jusqu'à la fin du lycée. C'est le cas par exemple pour Alexandre, qui interrompt sa première année de BTS car il s'y sent trop mal, démarre un nouveau cursus à l'université l'année suivante mais interrompt après quelques mois toute activité sociale et se retire à domicile.

« Vous n'êtes pas retourné chez vos parents à ce moment-là ?

Non, je n'aime pas du tout rester trop longtemps chez mes parents, en fait. J'ai toujours le besoin d'avoir mon lieu à moi. Même si je voyais que je le gérais très mal, je préférerais ça plutôt que retourner chez mes parents. »

Il décide de parler à ses parents de ce qu'il ressent et vit seulement à la fin de cette première année universitaire.

Mes parents s'étaient toujours plus ou moins inquiété mais... je ne sais pas... ils fonctionnaient vraiment genre : il faut quand même les laisser faire les choses à leur rythme. Donc, ils ont

attendu longtemps avant vraiment de commencer à me demander de bouger mon cul. Mais c'était vraiment vers la fin de l'année toute entière entre la L1 et la L2. Là, je m'étais dit : il faut que je fasse quelque chose, quand même, parce que je vois bien que je ne vais pas du tout bien. Et à ce moment-là, j'avais décidé d'en parler à mes parents et dire : peut-être que j'ai besoin d'aller voir un psychologue, je ne sais pas... mais c'était vraiment exprimer un peu ce que je ressens et peut-être chercher l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre...

Certains professionnels décrivent des situations de déni des troubles psychiques chez les jeunes de la part des parents. Reconnaître que son enfant a des troubles psychiques, c'est en effet remettre en question les inscriptions sociales de celui-ci, l'avenir qui était envisagé devient incertain. Les pathologies psychiatriques semblent par ailleurs menaçantes, avec un risque de dépendance ou un risque vital, pour une jeune personne qui jusque-là grandissait sans problématique de santé spécifique venant entraver sa vie présente et à venir. La qualification de troubles ou un diagnostic psychiatrique vient « ébranler » toute la famille (Blum, 2017), comme en témoigne cette mère d'une jeune femme diagnostiquée bipolaire :

« Et puis c'est pour ça qu'il y a des familles, je pense que... mais ça c'est... malheureusement, ça arrive qui volent en éclat quand des diagnostics comme ça sont posés, parce que soit c'est des... entre conjoints et le conjoint tient pas, parce qu'il faut être cap de tenir. Et puis aussi parfois, dans l'autre sens, bah un jeune ou un adulte même qui va être diagnostiqué, bah les parents vont se séparer quand même parce qu'il y en a un qui ne supportera pas d'avoir à assumer ça toute sa vie, parce que c'est ça hein, ouais. Comme un handicap classique en chaise ou mental, ou autre ou autisme ou voilà. C'est... Il faut se dire, ouais, on en prend pour la vie, et puis voilà... comme tous les parents d'enfant à handicap, on fait un enfant, on a envie de faire un enfant, enfin en général. Il est voulu, il arrive entier ou pas, bon, enfin, là aussi c'est un autre débat, mais si on vous le dit avant et que c'est très compliqué à l'arrivée, vous avez le droit de faire autrement. Ça se juge pas, ça se discute entre parents. Mais... mais quand les choses se mettent en place tardivement comme ça, de toute façon, c'est une fille super chouette, puisqu'on a aucun regret, on lui a dit d'ailleurs. On lui a dit parce qu'il y a des moments où il fallait le dire hein, pour avoir envie de... de se dire qu'elle comptait et que tout ça, qu'elle était utile à quelque chose dans une famille, une société et dans le monde du travail, il y a des moments où il a fallu le dire hein, parce que c'était des moments où sinon elle se serait dit : « Je m'en vais ». Donc, ça aussi, c'est des trucs durs, on apprend. » (Mme Damon, Mère d'une jeune femme de 17 ans suivie en psychiatrie depuis ses 12 ans)

Les entretiens avec les parents montrent également un travail de relecture de l'histoire de leur enfant, pour identifier des signes de troubles psychique à côté desquels ils seraient passés.

« Mme Martel : Nous on s'inquiétait de toutes ses bêtises-là qu'il faisait, ou même chez tes parents il... ou chez les miens, enfin bon, il faisait plein de bêtises.

Mr Martel : Bah il est... il volait dans le supermarché. On allait faire les courses, il avait volé des bonbons dans le supermarché, les autres nous avaient jamais fait ça et on s'en aperçoit à la

caisse quoi et puis bah on se... Après coup, maintenant on se demande s'il se rendait bien compte de ce qu'il faisait parce qu'il avait pas eu besoin, à la limite nous on est...

Mme Martel : Et puis après coup on se demande aussi si c'était pas des idées... enfin des idées fixes, des idées envahissantes qui... il se disait pas : « non, c'est pas bien, il faut pas que je le fasse », il faisait quoi. Donc est-ce que c'était pas déjà des idées envahissantes qui... qui pouvaient nous faire penser qu'il y avait quelque chose d'ordre psychique derrière. » (Mme et Mr Martel, parents)

Dans certains cas, les parents qualifient des manifestations de leurs enfants comme relevant de troubles psychiques et sont à l'initiative de demandes de prise en charge spécifiques. C'est principalement lorsque les troubles sont perçus comme un risque pour le jeune que cette qualification est opérée⁶⁰

1.2.2 Les professionnels des sphères de socialisation de la jeunesse

Des professionnels du soin

Dans quelques cas rencontrés, ce sont des professionnels du corps médical qui sont à l'origine de la première qualification des troubles psychiques. C'est le cas par exemple pour le fils de Monsieur et Madame Martel, dont l'orthophoniste a été la première à conseiller une orientation vers une psychologue.

« Mais c'est vrai qu'à l'époque...l'orthophoniste nous avait dit : « bah il faudrait peut-être qu'il aille au CMP pour qu'il soit suivi par une psychologue » parce que c'est vrai qu'il... en plus il était très angoissé, c'était un enfant très angoissé, donc à aller voir une psychologue. » (Mme et Mr Martel, parents d'un jeune diagnostiqué schizophrène)

Mais plus généralement dans nos matériaux, si les professionnels médicaux sont impliqués dans le processus de catégorisation des troubles, ils interviennent en général un peu plus tard : le jeune ou un de ses proches (famille ou professionnel), s'inquiète de manifestations qu'il considère comme préoccupantes et oriente vers un professionnel. Ou bien ce sont les jeunes et les parents qui consultent un médecin généraliste en lui faisant part de leurs inquiétudes.

Les professionnels du champ scolaire

Nous avons réalisé au départ de la recherche des entretiens avec, entre autres, des professionnels de l'Éducation Nationale. Nous nous interrogeons alors sur le rôle de l'institution scolaire dans le repérage de la souffrance psychique. Le rapport de la mission d'information sur la situation de la

⁶⁰ Nous reviendrons dans la partie 2.1 de ce chapitre sur le rôle de la perception du risque dans l'orientation vers le soin.

psychiatrie des mineurs en France, indique que « *l'éducation nationale constitue une institution-pivot pour le repérage des situations de souffrance psychique. Endroit de construction et d'insertion sociale du jeune, l'école correspond également aux phases de transition entre les différents âges, avec les ruptures successives que constituent les passages au collègue puis au lycée* » (Rapport Amiel, 2017, p. 44). L'édition 2017 de *Regards sur l'éducation*, qui est l'un des principaux documents de statistiques nationales à visée comparative sur le système éducatif à l'échelle internationale (dont les 35 pays membres de l'OCDE), rappelle que, si la France reste l'un des pays de l'OCDE avec le moins de jours d'école par an, le temps scolaire y est en revanche plus élevé, au-dessus de la moyenne nationale des pays de l'OCDE : les élèves français passent en moyenne 8104 heures de cours obligatoires en primaire et au collège par an, contre 7538 heures pour l'ensemble des pays membres. S'il convient de rester prudent quant à l'analyse de ces données, celles-ci permettent néanmoins de mesurer le poids de l'institution scolaire dans la vie quotidienne et la socialisation des jeunes. Avec l'allongement de la durée de scolarisation⁶¹ et une moyenne de 26h hebdomadaires de cours obligatoires au collège et d'une trentaine au lycée, l'emprise croissante de la scolarisation sur les destins sociaux et la construction des identités individuelles confère, de fait, une importance nouvelle et capitale au processus de socialisation scolaire (Périer, 2004). Les élèves passent aujourd'hui une part importante de leur temps à l'école et c'est assez logiquement qu'ils manifestent aussi en son sein les difficultés qu'ils vivent à l'égard de cet ordre scolaire mais également celles liées à leur statut et à leur environnement familial et économique.

Depuis au moins deux décennies, l'Education Nationale a montré sa détermination à repérer et à prévenir les souffrances en milieu scolaire. La loi d'orientation sur l'éducation de 1989 marque ainsi un tournant en France, en portant une attention particulière au bien-être de l'élève, tout en affirmant le rôle de l'institution scolaire, et de l'éducation, pour permettre à l'élève "de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté". Cette loi d'orientation a par ailleurs inscrit l'éducation pour la santé parmi ses missions et ses objectifs. Elle prévoyait notamment, dans son article 15, que les personnels administratifs, techniques, de santé et de services sociaux, tous membres de la communauté éducative, aient pour mission d'assurer la protection sanitaire et sociale des élèves. Plus récemment, des guides de bonnes pratiques sont conçus pour les membres de la communauté éducative (par exemple sur « Une école bienveillante face aux situations de mal-être des élèves » (2013)). Cette question est également prise en considération dans la loi n°2013-595 du 8 juillet 2013

⁶¹En 2014-2015, la durée de scolarisation des jeunes âgés de 2 à 29 ans était de 18,3 années d'études, contre 17,1 an en 1985-1986. Cf *L'état de l'école* (2016 et 2001).

(loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République) qui, dans son annexe, stipule que « *l'école a pour responsabilité l'éducation à la santé et aux comportements responsables. (...) Elle s'appuie pour cela sur des équipes pluri professionnelles comportant les médecins, les personnels infirmiers et les psychologues de l'Éducation nationale, mais également sur l'ensemble des personnels, afin de dépister et de diagnostiquer les troubles susceptibles d'entraver les apprentissages, de scolariser les élèves atteints de maladies chroniques et en situation de handicap et de faciliter l'accès aux soins et à la prévention pour les élèves. (...) La promotion de la santé favorise le bien-être et la réussite de tous les élèves* » (cité p.44).

Dans les faits, les professionnels du champ scolaire nous disent être confrontés quotidiennement à des jeunes avec des troubles psychiques, sans pour autant que ceux-là soient diagnostiqués. Ce constat pose la question du rôle des professionnels et plus spécifiquement des enseignants, concernant la santé des jeunes.

« On a, cette année, coordonné une formation qu'on a mise en route, en direction des enseignants, sur les conduites addictives (...). On l'a mise en place en direction des adultes, pour mettre un peu leurs connaissances à jour et les enseignants, ça les rassure aussi de savoir repérer les élèves plus facilement, et pour amplifier ça sur peut-être l'année prochaine, sur quelque chose dans cet univers là en direction des classes de seconde » (infirmière scolaire 5)

Sensibiliser au repérage pour favoriser des comportements d'anticipation, sinon de vigilance, à l'égard des élèves qui présenteraient des difficultés psychiques est devenu un axe majeur des politiques d'établissements. Reste qu'en dépit de cet objectif, tous les personnels ne sont pas encore formés et continuent à rencontrer des difficultés dans leur exercice quotidien. C'est particulièrement le cas des enseignants qui sont aussi en relation directe et quasi-quotidienne avec les élèves. D'après l'enquête *Santé mentale chez les jeunes* réalisée par la Fondation Pierre-Denicker/IPSOS (2016), 92% d'entre eux ignorent la conduite à tenir en cas de problème de santé mentale. Ils se sentent à la fois mal informés et démunis quant à la conduite à tenir, ce que nous confirme d'ailleurs un inspecteur de l'Éducation nationale interrogé, pour qui les enseignants ne disposent pas d'appuis institutionnels pour faire face à ces situations.

Les professionnels de l'insertion

Plus tard au cours d'une enquête au sein d'une mission locale, nous avons été amenés à constater que le processus de qualification de troubles psychiques pouvait émaner d'acteurs du champ de l'insertion professionnelle. Les missions locales sont des dispositifs de droit commun destinés aux jeunes de 16 à 25 ans rencontrant des difficultés dans leur insertion sociale et professionnelle. Du fait

de leur approche universaliste, elles peuvent être amenées à accueillir un public de jeunes rencontrant des troubles psychiques.

A l'instar des professionnels du champ scolaire, les professionnels de mission locale sont amenés à qualifier des comportements (observés en entretiens et, ou en situation de stage ou d'emploi), comme anormaux et relevant de troubles psychiques.

« Même sans diagnostic, avec l'expérience, on sait » (Mme Lechat, Conseillère en Insertion Professionnel de Mission Locale)

Les conseillers de mission locale rencontrés indiquent qu'ils ont toujours dans les situations qu'ils accompagnent (environ 200 jeunes suivis par professionnel), des jeunes confrontés à des troubles psychiques. Ainsi, une conseillère en insertion professionnelle qui accompagne environ 150 personnes nous dit :

Des gens qui ont des troubles psy, j'ai répertorié depuis janvier [nous sommes en avril au moment de l'entretien], j'en ai 60% à peu près, 60 à 70%. Enfin attendez parce que je mélange aussi troubles psychiques et addictions. On est d'accord c'est pas tout à fait la même chose, mais souvent ça répond à un trouble. » (Madame Lechat, Conseillère en Insertion Professionnel de Mission Locale)

Une autre conseillère qui travaille pour le dispositif garantie jeune, reprend en entretien la composition des groupes qu'elle encadre et me dit :

« Sur chaque groupe de 10 personnes il y en a bien 2 à chaque fois qui ont des troubles psychiques, ou on sait, ou on voit rapidement qu'il y a quelque chose. » (Mme Boulvrais, Conseillère Garantie jeune)

Certains décrivent une augmentation de la proportion de jeunes accompagnés avec des troubles psychiques. Ce constat fait débat. Certains professionnels indiquent que la problématique de la santé psychique a toujours été très présente. Pour d'autres, c'est la conjoncture économique actuelle qui amène à un changement de la population de jeunes accompagnés :

Il y a eu une reprise économique quand même, ce qui fait qu'il nous reste que les jeunes les plus vulnérables et donc là on a une grande proportion de jeunes avec des troubles psychiques. » (Mme Blanchard, Conseillère en Insertion Professionnel de Mission Locale)

Si pour ces acteurs, le contexte économique laisse à la marge de l'emploi les jeunes les plus « vulnérables » d'un point de vue psychique, pour d'autres, c'est l'environnement social contemporain qui génère des troubles psychiques. Ces explications données à l'origine des troubles ne sont pas anodines, car elles peuvent déterminer le choix de réponses à apporter aux situations vécues par les jeunes. Dans le point suivant, nous dressons un panorama des différents registres explicatifs des troubles mobilisés par les personnes rencontrées.

1.3 Les registres interprétatifs des troubles

1.3.1 Les pathologies psychiatriques

Les troubles psychiques peuvent être expliqués par des pathologies psychiatriques, y compris lorsque l'explication est donnée par des acteurs extérieurs au champ sanitaire, mais avec une incertitude qui varie en fonction de l'âge de la personne concernée par les troubles.

Parfois, certains diagnostics médicaux servent de caution, de légitimation et apaisent l'expérience d'écart à la norme pour les parents, comme pour les élèves. C'est ce que mentionne ce professionnel de l'éducation :

« Et la mère se rassure beaucoup. À chaque fois qu'ils trouvent une nouvelle maladie pour sa fille, ça la rassure énormément parce que ça permet de l'expliquer : « ah ben oui, elle est comme ceci... elle s'absente... Oui, mais c'est normal, ils lui ont détecté, enfant... » telle maladie... Donc, ça la rassure beaucoup et « comme maintenant elle est dépistée, ça va aller nettement mieux ». En gros, c'est ça. » (CPE 1)

L'utilisation du diagnostic médical se fait dans ce cas non pas tant dans une visée de soin que pour donner un nom, un statut, autrement dit une reconnaissance sociale aux phénomènes incertains que peuvent être les troubles psychiques. Le diagnostic permet de se projeter dans un avenir, moins flou et peut-être porteur de plus d'espoirs. Le diagnostic permet aussi de se doter d'une identité socialement légitime.

La qualification des troubles puise alors dans les discours médiatisant certaines pathologies ou certains comportements atypiques en en faisant des diagnostics nobles (Lignier, 2012) – prenant le contre-pied de la stigmatisation consécutives aux diagnostics psychiatriques. Le syndrome d'Asperger, le haut potentiel intellectuel sont de ce fait des diagnostics parlant pour ces familles car ils leur permettent d'y ranger l'étrangeté du comportement de leur enfant et de valoriser son caractère hors-norme. De nombreux articles de presse, reportages médiatiques, témoignages, publicisent les manifestations de ces troubles ; des associations valorisent les capacités cognitives hors-normes des personnes atteintes, tout en pointant la souffrance issue de la difficulté à ne pas se comporter comme tout le monde et entretenir des relations sociales ordinaires.

Dans le cas d'Elsa, c'est sa grand-mère qui lui souffle l'idée qu'elle souffre d'autisme Asperger. Après une scolarité au collège faite de souffrance dans ses relations aux autres, et une période brutale de retrait quand Elsa a 19 ans, le visionnage d'un reportage sur l'autisme Asperger met la puce à l'oreille de sa grand-mère.

« Dernièrement, ma grand-mère a écouté un documentaire sur le syndrome d'Asperger — je ne sais pas si vous connaissez ?

Oui, oui.

Du coup, elle m'a dit qu'elle avait reconnu beaucoup, beaucoup de points en commun, par rapport à tout ce que je dis et tout ce que je fais. Du coup, il faut que j'en parle à ma psychothérapeute.

Elle vous a expliqué le syndrome d'Asperger ? Et ça vous parle ?

Ben, j'ai lu, j'ai fait des recherches parce qu'automatiquement, dès qu'on m'envoie un truc, je regarde un peu de quoi ça parle et c'est vrai, qu'effectivement, je me suis énormément reconnue sur pas mal de points. (...) Donc, je me dis que peut-être, c'est ça ! (Ton très réjoui). Peut-être ce n'est pas ça, peut-être c'est juste... parce que j'ai vu une énergéticienne qui m'a dit que j'étais une hyper-sensible. Donc, je ne sais pas trop ce qu'elle voulait sous-entendre par là. Elle m'a considérée comme une enfant indigo, je ne sais pas si ça vous parle.

Alors, vaguement. J'ai déjà entendu ce terme mais...

C'est... je ne sais pas si je pourrais l'expliquer clairement... c'est des enfants qui, selon elle, sont parmi nous pour faire avancer une cause, en fait, pour développer quelque chose. Et en fait, souvent, ce sont des gens qui sont très sensibles, qui ont des sens plutôt bien développés, beaucoup et qui ont une grande sensibilité à la présence de l'autre. » (Elsa, 23 ans).

L'invocation des pathologies psychiatriques est plutôt rare du côté des professionnels non soignants qui comme nous l'avons vu sont les principaux acteurs à l'origine de la première qualification des troubles. Pour autant, selon le type de manifestation des troubles et l'évaluation de sa gravité le registre du problème psychiatrique peut être invoqué.

1.3.2 L'environnement social

Il ne s'agit pas ici de faire le point sur la place de la famille dans l'apparition de troubles psychiques, mais de comprendre les raisons pour lesquelles celle-ci est souvent invoquée pour expliquer leur émergence. Si la source du trouble n'est pas nécessairement réduite à ce seul facteur, la contribution de la famille, des interactions familiales sont fréquemment convoquées dans l'étiologie des troubles. Ceci est important, car c'est ce qui va mener à la création d'associations de familles lasses et parfois révoltées d'être à la fois pointées comme étant l'origine des troubles et en même temps comme la principale ressource pour la prendre en charge.

La pédopsychiatrie a une approche psychodynamique des troubles et va invoquer le contexte de vie – et notamment la vie familiale – pour comprendre ce qui se passe.

De plus, la culture psychiatrique, centrée sur le patient, laisse la famille à l'écart et favorise le colloque singulier avec le patient (ce qui, lorsque l'enfant est majeur, mène parfois à des situations où la famille n'est pas mise au courant des éventuels diagnostics). Certains travaux ont d'ailleurs montré

comment les familles pouvaient se sentir maltraitées d'être à la fois mises en cause et considérées comme responsable du problème, et à la fois chargées de fournir l'aide et le soutien à la sortie des hospitalisations (Ernault, Le Grand-Séville, 2010).

Chez les professionnels extérieurs au champ sanitaire, nous avons pu noter que, du fait de la diffusion du savoir psychiatrique au sein de la société et de son appropriation par les individus, certains professionnels vont user du lexique et des catégories de la clinique en psychiatrie, de termes et d'analyses psychologiques pour expliquer les troubles.

Cela se manifeste également par l'invocation des relations familiales comme pouvant être à l'origine du problème du jeune, lorsque les parents sont séparés, absents, malades, déprimés, jugés défaillants ou maltraitants.

“Et c'est un gamin qui ne va pas bien : encore un autre ! Mais pour d'autres raisons. Alors, pourquoi ? Alors, là, on est dans une situation : famille, les parents séparés, des parents fragiles tous les deux, dépressifs tous les deux. Je pense que ce n'est pas forcément bien pour le gamin lui-même. Vous voyez, voilà une situation. ” (Proviseur, Lycée 2)

Encore une fois, sans juger de la place réelle de la famille dans la nature des troubles, nous pouvons noter que le traitement social qui en est fait met en cause la cellule familiale pour expliquer leur développement. Il faut préciser que les professionnels évoquent la famille comme une des causes sans la juger responsable de cela, la présentant plutôt comme à « soigner » elle-même, comme devant être aidée (d'où la proposition fréquente d'aides éducatives dans ce cadre).

“Et pareil, chaque année, il y a quelques situations pour lesquelles le fait d'aller au domicile... Aïe ! C'est la surprise et elle n'est pas dans le bon sens du terme et on est obligés d'aller jusqu'à l'information préoccupante.” (Professionnel Service d'Assistance Pédagogique à Domicile (SAPAD))

Des praticiens en pédo-psychiatrie soulignent le fait que certains jeunes viennent aux urgences pour y amener un de leur parent, sans parfois en avoir conscience. Des personnels de l'éducation nationale nous ont aussi souvent fait part de cas de jeunes restant au domicile familial davantage pour y “surveiller” un de leurs parents en souffrance, ce qui serait le moteur de leur mal-être à l'école (dans le cas de phobie notamment). Sont alors évoqués des profils d'enfant-soignant qui tentent de protéger les adultes, qui les épaulent au risque de s'isoler eux-mêmes de leurs pairs et de ne plus pouvoir faire face à leurs propres obligations (Galland, 2017).

“Souvent, pas toujours, mais le passage aux urgences signe quand même un certain déséquilibre, un état critique dans l'affaire familiale. [...] Bon, en sachant qu'il y a encore un autre phénomène, enfin, je sais pas..., à mes yeux il y a quand même un nombre non négligeable de situations, elles sont pas identifiées dans nos histogrammes là, mais... où quelque part, à mes yeux, l'enfant amène un de ses parents à la consultation. C'est pas tellement de lui dont il est question, même s'il va manifester des symptômes, c'est très souvent c'est : « mes parents sont

en train de se séparer, mon père picole, ma mère est gravement déprimée ». On ne le découvre pas tout de suite, mais parfois ça paraît quand même relativement flagrant que... ouais, le jeune sert de signal d'alarme. On s'est donné cette mission-là consciemment ou inconsciemment... Et que parfois, à mes yeux, ça on le fait pas toujours très bien, enfin on essaye, on dit : « mais écoutez, voilà, on va s'intéresser à votre enfant, on en parle ensemble, concrètement on n'est pas comme ça, je pense qu'il relève pas d'un suivi au long court », « en revanche, je vois bien que vous, vous êtes dans un état de détresse, de difficulté plus ou moins chronique qui nécessiterait que vous... » Et on essaye à ce moment-là d'orienter le ou les parents ou le couple dans ce truc-là quoi.” (Pédopsychiatre 1)

1.3.3 Des troubles sociaux contemporains

Liés aux évolutions de la famille

Les évolutions de la famille contemporaine sont souvent invoquées comme étant à l'origine d'une éducation moins cadrée, plus permissive, qui serait propice au développement de troubles psychiques (mères seules, pères absents, horaires de travail décalés).

“Qu'est-ce qui a beaucoup évolué ? La cellule familiale. La cellule familiale a énormément bougé puisqu'on a, à peu près, entre 30 et 40 %, suivant les années, d'élèves qui sont de familles monoparentales, où les parents sont à minima divorcés. Donc la manière d'élever les enfants a vraiment énormément changé. J'essaie de ne pas tomber dans le jugement de valeur, parce que c'est quand même très compliqué. Ce qui est sûr, c'est que le fait d'avoir deux parents à deux endroits pour élever les mêmes enfants, ça peut amener beaucoup de flou dans la tête des jeunes gens. Il y a aussi des familles qui ne sont pas monoparentales et où il y a beaucoup de flou aussi, il ne faut pas exagérer. Mais il est clair que ça... notamment la garde partagée, c'est quelque chose qui, objectivement, si on regarde le nombre d'élèves concernés, génère beaucoup de malaise, je ne sais pas, au niveau des jeunes gens, ce n'est pas tellement du malaise, mais en tout cas, ça génère un... Ça donne un pouvoir aux jeunes gens qui n'est pas souvent utilisé à bon escient. Ils utilisent évidemment les deux endroits comme étant l'un contre l'autre et ils en tirent leurs avantages, ce qui est normal, pour eux-mêmes, par contre, ça veut dire que, très souvent, il y a beaucoup moins de contraintes. ” (Proviseur Lycée 1)

Liés à la jeunesse contemporaine et à ses enjeux identitaires

L'adolescence est synonyme de bouleversements, physiologiques et psychologiques, mais aussi sociaux. Ces transformations, qui ne sont pas sans générer de nouvelles questions identitaires, ont des répercussions importantes sur le psychisme. C'est la période, en effet, où de nouvelles façons d'être au monde se construisent et enjoignent les individus à se positionner, en termes de sexualité et d'identité sexuelle, de croyances et de rapport à la religion, dans sa relation aux autres et à soi, à son corps, à son avenir, etc., ce qui contribue à favoriser une certaine angoisse.

*“L’essentiel des motifs de consultation, c’est l’angoisse. C’est euh... des problèmes de séparation d’avec la famille, de réorganisation des liens, le fait qu’il soit parti de la maison, ça reconfigure les choses et... ils ont... voilà, ils ont à réaménager leur lien. C’est le... c’est les rencontres amoureuses, la question de la sexualité, les ruptures... les ruptures, mais aussi les rencontres, l’orientation sexuelle qui vraiment est... dans les sujets euh... que vous pouvez mettre au chapitre des problèmes contemporains, c’est que les... comme les... les normes sont beaucoup moins euh... établies, ils ont plus à se confronter à la question de comment ils vont se situer. Est-ce que je suis bi, est-ce que je suis attiré par les garçons, par les filles, euh... “
(Psychiatre, service étudiant)*

Liés à la postmodernité et au désenchantement de l’avenir

Plus largement, les changements sociaux, la postmodernité, l’évolution de la société contemporaine sont évoqués comme des générateurs de malaise. En ce qui concerne la jeunesse, l’échec de l’école républicaine à réduire les inégalités sociales – et même sa tendance à les renforcer – le conflit des normes et des valeurs avec la génération précédente – et notamment les normes déroutantes portées par l’injonction à une insertion définie par le logement, l’emploi pérenne et la mise en couple – font le lit d’un malaise qui peut expliquer le développement de troubles psychiques d’origine sociale. Ces arguments sociétaux sont ainsi évoqués par nos interlocuteurs professionnels.

« Pour les générations actuelles, on a complètement changé de perspective, avec un chômage qui est quand même très, très, présent chez les jeunes gens, et donc une vision de l’avenir qui est totalement anxiogène, qui est devenue anxiogène. Pour les familles notamment, et pour les jeunes gens » (Proviseur lycée 1)

Un problème qui met l’école au centre

Les professionnels que nous avons rencontrés ont le sentiment que la manifestation des troubles en milieu scolaire évolue, car ces derniers changent de nature (tentative de suicide en milieu scolaire, scarification, harcèlement, phobie scolaire, etc.) et se manifestent chez des enfants de plus en plus jeunes (dès le début du collège). Pour certains, c’est là le témoignage de la mise en cause d’un fonctionnement de l’école devenu pathogène, du fait de la massification scolaire, combinée à la pression scolaire que les élèves ressentent, parfois même sans que les familles ne l’encouragent consciemment.

Parmi les explications avancées, on retiendra également celle formulée par certains sociologues, dont Bariaud et Dumora (2004) qui font référence à Berthelot et à sa métaphore des labyrinthes de verre pour expliquer que *« le système scolaire français se présente comme un ensemble de parcours théoriquement ouverts à tous, mais dont la transparence, paradoxalement, brouille les codes en*

multipliant les perspectives ouvertes et en dissimulant les obstacles ». C'est un argument évoqué par les professionnels, notamment dans le champ scolaire, pour expliquer certaines désillusions.

« On a un système qu'on a fluidifié, le système scolaire, c'est le terme adéquat, c'est le terme qu'il faut employer, que j'emploie, on a fluidifié les parcours, c'est-à-dire que, progressivement, on ne redouble plus, on a donc mis en place des passerelles [...] Dans la réalité, qu'est-ce qu'on a installé chez les jeunes gens ? On a installé l'idée que le parcours était fluide et qu'il n'y aurait pas de difficulté. Et le jour où arrive la première difficulté, ils ne sont pas du tout préparés, enfin, la plupart ne sont pas préparés. » (Proviseur lycée 1)

Cet extrait illustre une conscience des effets pervers de la démocratisation du système scolaire, et de la violence symbolique qui peut en découler, à l'égard de ceux et celles pour qui l'expérience scolaire génère des espoirs déçus. Comme le rappellent Marleine Cacouault-Bitaud et Françoise Oeuvarard (2009), *« Dans un système désormais ouvert à tous, mais dont les principes de sélection sont devenus moins évidents, ce qui était vécu comme un destin social est maintenant intériorisé comme un échec personnel »*.

Une fois que les troubles psychiques sont nommés et que des causes possibles sont évoquées, que se passe-t-il pour les jeunes ? Est-ce que cette première amorce de trajectoire de « troublé psychique » amène à une prise en charge sanitaire ? Si oui, laquelle ? Quels en sont les déterminants ?

2. Entrées dans le soin et négociations des parcours

Tous les cas de jeunes avec des troubles psychiques qui nous ont été rapportés ou que nous avons rencontrés, n'ont pas fait l'objet de soins en psychiatrie. Il y a en cela une différence entre troubles « traités » et troubles qualifiés. Nous utilisons ici le terme de « troubles qualifiés » et non « réels », pour mettre en exergue les enjeux sociaux du processus de désignation des troubles psychiques. Nous nous inscrivons dans la continuité de l'approche de Lise Demailly : *“Il faut être conscient que la signification sociologique des prévalences “traitées” et des prévalences “réelles” n'est pas la même. Les populations “traitées” concernent des individus qui ont participé à un processus social de désignation dans lequel interviennent de nombreux acteurs, les prévalences “réelles” repérées en population générale par les épidémiologiques psychiatres, le sont du seul point de vue de la psychiatrie, de ses outils, de ses connaissances, de sa vision du monde, de ses intérêts corporatifs” (Demailly, 2011, p. 14).*

Ce point vise à décrire les mécanismes en jeu dans ce qui s'apparente à ce qu'Anselm Strauss et Juliet Corbin appellent la phase aigüe de la trajectoire de maladie, celle de l'hospitalisation. Nous ne

traitons pas spécifiquement ici de l'hospitalisation, mais de l'entrée dans le soin psychiatrique. Nous distinguons le soin psychiatrique du suivi par un psychologue en dehors des secteurs de psychiatrie. En effet, au vu de nos résultats, il nous semble que l'initiation de ce type de thérapie répond à d'autres mécanismes.

Dans le premier point, nous répondons à la question suivante : Une fois les troubles qualifiés, qu'est ce qui fait que du soin psychiatrique va être initié ? Nous axons notre réponse autour de la perception du risque par les différents acteurs impliqués. Dans la deuxième partie de ce point, nous traitons d'une autre question corolaire : Une fois la décision de soin prise, comment entre-t-on dans le soin en psychiatrie ? Nous traitons ici de différents guichets d'entrée dans le soin en psychiatrie et des déterminants du choix de ces guichets. Enfin, dans un dernier point, nous traiterons des jeux de pouvoir entre les différents acteurs de la négociation des parcours.

2.1 La perception des risques comme déterminant du soin

2.1.1 Le risque vital

Le premier risque qui ressort de l'analyse est le risque vital. Le caractère explicite des troubles et leur degré de gravité, évalué notamment à partir du risque de mortalité, vont contribuer à orienter les parcours, et ceci de façon significative. En effet, les crises suicidaires répétées ou les délires, les anorexies, suivis d'hospitalisation sont des déterminants lourds de l'engagement précoce dans des trajectoires longues de soin en psychiatrie jalonnées de périodes d'hospitalisation.

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, 6 sur 39 n'ont jamais eu de suivi par la psychiatrie. Parmi les 33 jeunes qui ont un suivi psychiatrique, huit ont eu leur première prise en charge en psychiatrie à un moment où leur pronostic vital était engagé, en urgence, suite à des tentatives ou des idées suicidaires. Certains de ces jeunes ont eu un suivi par un psychologue avant d'entrer en psychiatrie. C'est le cas par exemple pour Maeva.

- Maeva a 17 ans au moment de notre rencontre. Nous n'avons pas d'informations sur le métier de ses parents. Sa mère est décédée par suicide alors que Maeva avait 15 ans. Au début du collège, Maeva souffre de troubles alimentaires, pris en charge par son médecin généraliste. Suite à la mort de sa mère, les relations avec son père sont très difficiles, et Maeva se retrouve sans logement. Ses grands-parents l'hébergent un temps, avant qu'elle soit prise en charge par l'Aide Sociale à l'enfance. Sous l'impulsion de sa famille d'accueil témoin de sa souffrance, Maeva voit un psychologue des services sociaux mais refuse de lui parler. Elle fait régulièrement des tentatives de suicide. Suite à l'une de ces tentatives, « *celle de trop* », Maeva est hospitalisée en psychiatrie.

Pour d'autres jeunes, le soin en psychiatrie est initié suite à des hallucinations, qui d'une part ne peuvent pas être contrôlées par les proches et d'autres parts paraissent comme des signes graves et impressionnants. C'est le cas par exemple pour Lou.

- Lou a 23 ans. C'est une bonne élève qui ne rencontre pas de difficultés particulières jusqu'au décès de deux grands parents et à l'annonce d'un cancer chez sa mère. Suite à cela, Lou ressent une grande tristesse. Elle a beaucoup de difficultés à se rendre au lycée. Ses notes baissent. Ses enseignants ne sont pas informés de sa situation familiale et pensent qu'elle ne s'investit plus assez dans sa scolarité. Lou va régulièrement à l'infirmerie du collège. L'infirmière incite Lou à se rendre à la Maison des Adolescents, où elle va se rendre et rencontrer un psychologue. Puis le suivi s'arrête. Quelques mois plus tard, au cours d'un voyage, Lou a des hallucinations et fugue de la maison de vacances où elle loge avec ses parents. Les pompiers et la police sont appelés. Lou n'est pas hospitalisée car ses parents sont jugés en mesure de la prendre en charge dans l'immédiat. Suite à cet événement un suivi avec un psychiatre est engagé.

C'est le cas également pour un fils de Madame Pain. Madame Pain a deux fils, tous deux malades psychiques. Le premier de ses fils à avoir été pris en charge en psychiatrie, l'aîné, l'a été suite à une bouffée délirante, sans qu'aucun signe de troubles psychiques n'ait été identifié auparavant. La prise en charge psychiatrique s'est faite très rapidement et a été suivie d'un diagnostic posé de façon très brutale.

« Donc le premier, il était... bah, il était normal. Il avait ses copains et tout. Et puis il s'est un peu renfermé, il voyait plus ses copains. Bon, nous on a mis ça un peu sur le compte de la crise d'adolescence. Et puis un jour, il nous a fait une bouffée délirante. Donc moi j'ai cru qu'en fait, il avait de la fièvre, donc on a appelé les urgences... ouais, on a appelé le 15. Et le 15 voulait le faire hospitaliser, il voulait pas. Et puis je sais pas, il a vu un médecin qui a réussi à le faire hospitaliser. Mais moi je croyais toujours qu'il avait de la fièvre et qu'on allait me le guérir. Et puis il a fait une... il est parti de l'hôpital à un moment, en pyjama. Il est parti de l'hôpital en pyjama. Donc ils l'ont récupéré avec la police, mon mari. Et donc moi je savais toujours pas ce qu'il avait, pour moi il avait toujours de la fièvre. Et puis quand j'ai été demander au médecin, ça... là j'ai été traumatisée. Le médecin m'a dit « soit il a une tumeur au cerveau, donc on verra quand on fera le scanner ; soit il a une maladie dégénérative du cerveau, soit il est schizophrène ». Alors que moi je m'attendais à ce qu'on me dise qu'il avait de la fièvre, qu'on allait me le guérir. Et ça, ça... ça, ça a été... et mon mari était pas là, rien. Ça, je pense que j'aurai été... je serai traumatisée jusqu'à la fin de mes jours de ça. Et donc il a été emmené à l'hôpital psychiatrique. » (Madame Pain)

Dans ce récit de parcours du fils de Madame Pain, la phase d'amorce de la trajectoire de maladie, se superpose à la phase de crise, sur une période très brève, celle où Madame Pain pense que son fils a de la fièvre et appelle le Samu. Les troubles sont très vite qualifiés sous forme d'un diagnostic médical avec trois hypothèses. C'est finalement le diagnostic de pathologie psychiatrique qui est retenue. Tout s'enchaîne très vite avec la phase aiguë, celle de l'hospitalisation en psychiatrie.

2.1.2 Le risque pour le statut social

Les manifestations des troubles, lorsqu'elles remettent en cause l'inscription sociale de la personne, et au-delà son identité (par l'impossibilité à tenir ses rôles sociaux ou encore par la perte de sens des activités qui jusque-là structuraient la vie de la personne), peuvent mener à une entrée dans le soin. C'est le cas par exemple pour Camille.

- Camille a 18 ans. Ses parents ont fait de longues études universitaires et sont cadre et ingénieur. Camille décrit son sentiment d'être différente de ses pairs, sa profonde angoisse vis à vis de l'école et l'absence de sens de la compétitivité scolaire qui s'accroît jusqu'à ce qu'elle ne puisse plus aller à l'école. Elle retourne voir un psychologue (qu'elle avait déjà vu enfant, au moment du divorce de ses parents). Ce sont ses difficultés à rester une élève, qui la submergent trop et motivent la consultation d'une psychologue, d'une art thérapeute et d'un psychiatre libéral (qu'elle ne rencontre que trois fois car elle ne s'entend pas avec lui). Mais malgré le suivi par une psychologue, Camille dit ne pas pouvoir tenir plus longtemps au lycée en milieu ordinaire. Ses parents découvrent à l'occasion de recherches de solutions sur internet, qu'il existe un service de scolarité dans une clinique en psychiatrie, qui pourrait permettre à leur fille de poursuivre le lycée et de passer son bac. Pour entrer dans ce service, un suivi psychiatrique est nécessaire. Les parents de Camille prennent alors rendez-vous avec un psychiatre, pour lui permettre de candidater ensuite dans le service de scolarité de la clinique.

Le rôle et la perception de la scolarité dans les parcours sociaux contemporains est déterminant dans la négociation des parcours de soin des jeunes. Dans le cas de Camille et ses parents, ce qui motive d'abord la consultation de la psychologue, c'est d'apaiser ses souffrances, de lui permettre d'aller mieux, mais aussi, de rester scolarisée, ou autrement dit socialisée. Le recours à la psychiatrie par la suite relève encore plus directement d'une stratégie de maintien de la scolarisation. Au-delà de l'enjeu de socialisation immédiat, ce qui est aussi en jeu c'est l'avenir social que Camille et ses parents s'étaient imaginé. Pour cette jeune femme aux très bons résultats scolaire, arrêter le lycée avant le bac c'est risquer un déclassement social par rapport à ses aspirations. Comme l'observe Cristina Figueiredo dans un service hospitalier psychiatrique pour adolescents « *l'idée que l'enfant aille mieux est concomitante avec la nécessité qu'il ne se prive pas d'un avenir* » (Figueiredo, 2019a, p19).

Florence Weber décrit la place importante de la perception du risque dans la décision de soin (Weber, 2012). Ce risque peut être vital, ou encore social. Pauline Blum décrit la manière dont la peur du déclassement social d'un parent pour son enfant confronté à des troubles psychiques peut mener à différentes stratégies de recours aux dispositifs de soin (Blum, 2017). Dans le cas de Camille dont nous venons de citer le cas, c'est le risque de perdre son rôle social d'élève, qui va initier la mise en place de soins spécifiques, puisque des aménagements scolaires seront organisés, puis des consultations avec un psychologue et un psychiatre libéral.

L'inquiétude relative à l'interprétation d'une manifestation comme pouvant relever de troubles psychiques est importante pour comprendre leur qualification. Autrement dit, c'est lorsque la manifestation est perçue comme un risque pour la personne (sa santé, son bonheur, mais aussi son insertion sociale), qu'émergent les conditions de la consultation d'un professionnel de santé. Il est en ce sens particulièrement intéressant de regarder le diagnostic de phobie scolaire, très souvent évoqué par les jeunes au cours de l'enquête.

Le décrochage scolaire, sera ainsi perçu différemment selon le rapport du jeune et de sa famille à l'école. Si le jeune vient d'un milieu pour lequel des études courtes étaient envisagées, et que sa scolarité est interrompue après 16 ans, l'inquiétude va plutôt porter sur les possibilités d'insertion professionnelle du jeune quand ses parents ne peuvent pas ou difficilement subvenir à ses besoins. Ce n'est pas la question scolaire qui fera alors l'objet d'une consultation médicale. C'est en revanche lorsque la scolarité est fortement investie par la personne et ses proches, que les manifestations de souffrance à son égard feront l'objet d'une consultation.

2.1.3 Le risque pour l'ordre social et institutionnel

Le risque perçu des troubles psychiques et la nécessité d'avoir des soins peuvent varier selon les acteurs. Là encore, le milieu scolaire semble jouer un rôle important dans la décision d'orienter vers le soin. Ce ne sont pas seulement les jeunes et leurs familles qui décident de cette entrée vers le soin pour des raisons liées à la scolarité, mais aussi les professionnels du milieu scolaire, qui peuvent directement demander aux parents d'emmener leur enfant voir un médecin. C'est ce dont témoignent deux psychiatres des urgences pédiatriques.

"P1: Notre activité est totalement synchronisée avec l'activité scolaire. C'est-à-dire que dès qu'il y a des vacances scolaires, le niveau de fréquentation des urgences pédiatriques pour motif psy au sens large baisse, voire chute.

P2: Mais complètement. Pendant les vacances d'été, c'est impressionnant !

P1 : C'est ça, c'est ça. Alors qu'on peut imaginer que la pathologie s'exprime toute l'année. Et hop, l'école ferme, les enfants, les adolescents ne sont plus là. » (Pédopsychiatres, Urgences pédiatriques)

Un autre psychiatre, d'un service de consultation pour adolescents fait le même constat de la centralité de l'école dans les demandes de consultation de soin, que ce soit de la part des parents ou directement de l'école, qui pose même parfois le soin psychiatrique comme condition au retour en milieu scolaire.

« Des demandes, il y en a de toutes sortes : « Ça ne va pas la maison, il n'a pas des bons résultats scolaires... », il y a quand même beaucoup de demandes qui tournent autour du scolaire. Et le

scolaire a tendance à nous envoyer beaucoup de jeunes aussi. Il y a quelques fois des injonctions à venir consulter sinon ils ne sont pas repris dans l'école.

Des injonctions à venir consulter de la part des établissements ?

Oui, parce qu'ils ont des comportements transgressifs, ils sont injurieux, pas respectueux des profs, etc., etc.

Ça veut dire qu'ils considèrent que ça relève plus du soin que d'autre chose...

Du psy. » (Psychiatre, service de consultation pour adolescents et jeunes adultes)

Dans un contexte de médicalisation des souffrances sociales et de l'échec scolaire (Morel, 2014), l'orientation vers le soin via l'école s'accroît. Nous émettons l'hypothèse selon laquelle l'âge d'émergence de troubles qualifiés de psychiques va déterminer la temporalité des soins. Les troubles psychiques, lorsqu'ils se développent à un âge « scolaire », ont plus de chances de mener rapidement à une entrée dans le soin que lorsqu'ils apparaissent plus tard. Ainsi, l'école apparaît comme un acteur important de la construction sociale des troubles psychiques chez les jeunes. Rappelons que cette construction se fait à partir de plusieurs enjeux pour l'école : un principe de veille au bien être des jeunes, de préventions des conduites à risque, mais aussi de maintien de l'ordre scolaire. Si le milieu scolaire oriente des jeunes vers le soin psychique, c'est parce qu'il ne se sent pas ou plus en mesure d'offrir une réponse adaptée au jeune dans cet environnement. Les troubles psychiques sont construits comme une déviance, à laquelle l'école n'a pas vocation à répondre. Si dans un souci d'inclusion elle met en place des actions pour maintenir les jeunes en milieu scolaire, les adaptations se font dans un cadre particulier auquel il faut pouvoir répondre⁶².

2.1.4 Le risque lié à l'environnement social

Si dans l'extrait d'entretien ci-dessus, les psychiatres semblent freiner la médicalisation de certaines situations amenées par des établissements scolaires, ils accélèrent en revanche d'autres hospitalisations lorsque l'environnement familial du jeune leur semble problématique. Ce mécanisme n'est pas nouveau. L'ambivalence du rapport de la psychiatrie avec les familles de malades (considérés comme responsable et en même temps aidants) est très bien documentée (Carpentier, 2001 ; Bungener, 1995, 2001, Moreau, 2007).

Cette relation entre famille et psychiatrie se manifeste par exemple par des hospitalisations motivées, au-delà de la gravité des troubles en eux-mêmes, par les difficultés sociales rencontrées par

⁶² Nous explorons plus en détail dans le chapitre 5, les réponses construites en milieu scolaire ordinaire pour des jeunes avec des troubles psychiques. Nous y présentons par exemple les Projets d'Accueil Individualisés (PAI) et nos observations sur le recours à ce dispositif dans nos matériaux.

le jeune dans son quotidien et par l'impossibilité perçue par les soignants, de mobiliser les familles et l'entourage social proche comme des supports au soin. *"Plus que la pathologie elle-même, c'est le caractère gérable ou ingérable qui détermine l'hospitalisation et la durée des prises en charge. Cet "ingérable" est influencé à la fois par le milieu social et par la structure familiale, dans la mesure où ils conditionnent et la tolérance aux troubles et les perspectives en aval de l'hospitalisation"* (Coutant, 2012, p. 77).

Les hospitalisations de longue durée marquent souvent la frontière poreuse entre gravité des troubles psychiques et gravité des problèmes sociaux (Coutant, 2012). *"Paradoxalement, même si les adolescents issus des milieux socialement favorisés qui se retrouvent dans l'unité souffrent de troubles plus graves, ils restent relativement peu de temps à l'hôpital en comparaison des adolescents issus de milieux plus démunis, surtout ceux qui relèvent de l'aide sociale à l'enfance : alors que l'unité a été créée plutôt pour les seconds, c'est seulement pour les premiers qu'elle parvient à exercer sa mission d'hospitalisation de "crise", le temps que les familles s'organisent pour élaborer d'autres perspectives"* (Coutant, 2012, p. 77).

Les explications données par un psychiatre des urgences du CHU de Villers-les-Nains concernant ce qui peut motiver la décision d'hospitaliser ou non un jeune sont à cet égard tout à fait éclairantes :

« On va faire rentrer des gens qui ont un trouble vraiment psychiatrique avéré et puis hospitaliser des gens qui viennent... des jeunes, juste pour un trouble... enfin, quelque chose de l'ordre éducatif. Mais encore une fois, c'est vraiment le retour à la maison qui... les conditions du retour à la maison finalement, qui sont communes aux deux. C'est pour ça que finalement ça change pas grand-chose, on regarde le... voilà, on se dit : 'on fait le diagnostic au cours de notre entretien, mais après, ce qui va surtout primer..., l'orientation, c'est surtout les conditions du retour à la maison quoi. Si on sent les parents aidants, soutenant, présents et que on... bah on se dit que, effectivement... Moi, ça m'est arrivé de faire rentrer par exemple une jeune fille qui avait fait une tentative de suicide et qui était assez... vraiment déprimée, qui critiquait pas beaucoup son geste en fait, qui était vraiment, vraiment, pas bien. Enfin, pour le coup elle avait un vrai épisode dépressif. Mais euh... les parents voulaient... et, elle, voulaient pas du tout d'hospitalisation. Bah, finalement, ils sont rentrés à la maison parce que... parce que finalement on n'avait... ça avait permis quand même qu'on mette à plat les choses, que je leur explique... voilà, que je mette quand même des mots sur la... sur son mal-être à elle. Et finalement que eux s'adaptent. Et ils allaient très bien la... la prendre en charge, entre guillemets. Et à l'inverse, hospitaliser des jeunes qui, pour le moment, n'ont pas forcément de... de gros troubles psychiatriques, mais qui... qui voilà... qui sont dans des... des conduites de mise en danger ou de... de conflits vraiment extrêmes avec leur famille. Et finalement où, là, on sent que le retour à la maison est vraiment bancal quoi. Bah ouais, c'est pas tellement l'intensité des symptômes qui prime par rapport au... au relais, au relais en aval quoi, qui finalement détermine plus les choses. Mais ça, c'est valable chez les adultes aussi en fait. C'est... c'est pas tellement en fait le... le... enfin, la pathologie en elle-même ou l'intensité que... ce qu'il y a comme soutien à l'extérieur quoi. Ça, c'est un élément assez important pour nous. » (Psychiatre, CHU)

Ces propos se confirment dans les trajectoires de jeunes que nous avons retracés. Ainsi, les deux jeunes qui ont passé le plus de temps en hospitalisation de façon continue sont ceux pour lesquels des mesures de placement judiciaire étaient en place ou en cours. C'est le cas par exemple pour Maeva⁶³ et Lola⁶⁴.

Ces résultats concordent avec ceux menés par Isabelle Coutant. Dans son ouvrage *Troubles en psychiatrie*, Isabelle Coutant (2012) présente son immersion dans une unité de soins en psychiatrie pour adolescents située dans un secteur défavorisé de la Région parisienne. Elle souligne la distinction faite par les professionnels entre la "psychiatrie de banlieue" et la "psychiatrie de bourgeois". Ces derniers expriment le décalage entre les profils des adolescents dont parlent les psychiatres médiatisés comme des spécialistes de l'adolescence. Ceux dont ils s'occupent ne se rendent pas dans les unités de soins médiatisées qui accueillent essentiellement des jeunes des classes sociales défavorisées, "*des jeunes qui connaissent des conditions de vie difficiles, qui ont pour beaucoup grandi dans des familles aux faibles ressources, ou qui ont connu des parcours semés de ruptures affectives, parfois de passages par des institutions socio-éducatives (...) adolescents dont les troubles sont trop graves pour qu'ils soient en mesure de demander eux-mêmes une aide quelconque*" (Coutant, 2012, p. 29-30).

Dans d'autres cas, l'hospitalisation, même si elle n'est pas longue, apparaît comme un moyen de tester les effets de la séparation des parents de leur enfant. On retrouve là une suspicion sur le rôle joué par les familles dans le développement des troubles⁶⁵ C'est le cas par exemple pour Emma qui pense être hospitalisé pour des examens relatifs à ses problèmes de dos et à qui on interdit de voir ses parents, plus particulièrement sa mère, et qui rencontre un psychiatre au cours de cette hospitalisation.

➤ Emma a 19 ans au moment où nous la rencontrons. Son père est salarié et sa mère est infirmière. Emma commence à avoir mal au dos au début du collège. Elle passe des examens médicaux mais l'origine de ses douleurs n'est pas identifiée. Son mal de dos l'empêche d'aller en cours car elle a mal en position assise. A 12 ans, Emma est hospitalisée par son médecin généraliste. Elle pense alors qu'elle va passer des examens complémentaires pour son dos, mais ses médecins interdisent à sa mère de la voir et font venir un psychiatre pour échanger avec Emma, qui souffre de se sentir discréditée quant à sa douleur.

⁶³ Voir extrait du parcours de Maeva dans le point 2.1.1

⁶⁴ Voir extrait du parcours de Lola dans le point 2.2.1

⁶⁵ Comme nous en avons développé l'analyse dans le point 1.3.3 de ce chapitre.

2.2 Les lieux de soin, recours et impacts sur les parcours⁶⁶

Lise Demailly rappelle qu'il est nécessaire d'analyser finement les processus par lesquels les inégalités socio-économiques renforcent les inégalités de santé psychique et met en évidence que ces inégalités s'entremêlent et se cumulent pour finalement faire peser plus lourdement les problèmes de santé mentale sur les populations en situation précaire et marginalisée (Demailly, 2011). Elle rappelle notamment qu'elles jouent sur le processus de soin lui-même. Des travaux montrent que les patients de classes sociales les plus favorisées sont davantage orientés vers des psychothérapeutes mieux formés, en secteur libéral, bénéficient de suivis plus longs et qu'à troubles équivalents, les diagnostics sont plus sévères pour les patients de milieux populaires (Dufrancatel, 1968). Elle indique que l'effet disqualifiant des soins en psychiatrie est plus fort si les personnes ne disposent pas de ressources économiques, culturelles et sociales et qu'à troubles similaires, l'hospitalisation (dans le secteur public) touche davantage les plus pauvres et les plus seuls (le soin le plus stigmatisant étant l'hospitalisation en psychiatrie). L'analyse du milieu social d'origine des jeunes rencontrés et des entretiens avec des parents de jeunes psychiatisés, s'inscrivent complètement dans cette thèse. Ce point vise à présenter quelques grands guichets d'entrée dans le soin en psychiatrie mobilisés par les acteurs de notre recherche.

2.2.1 L'hospitalisation comme entrée dans le soin

Lorsqu'il y a un risque vital pour la personne, l'entrée dans le soin se fait bien souvent par les urgences psychiatriques. Dans ces cas de figure, les composantes de la vie sociale ordinaire sont laissées de côté temporairement face à l'urgence d'être soigné (l'école notamment devient momentanément secondaire dans la hiérarchisation des prises en charge). Mais cette question de la gravité des troubles est aussi relative et peut confronter les parents à des dilemmes et des interrogations. En effet, dans la plupart des cas rencontrés, un long parcours de soin en psychiatrie a suivi la première hospitalisation. C'est le cas par exemple pour Lola, qui après une tentative de suicide à 13 ans est restée hospitalisée, à temps plein puis à temps partiel pendant près de deux ans et demi au total.

- Lola a 18 ans au moment où nous la rencontrons. Ses parents sont salariés dans le secteur du commerce. Lorsqu'elle entre au collège, Lola se sent différente de ses pairs. En 5^{ème}, elle est

⁶⁶ Ce point vise à présenter notre analyse sur des guichets d'entrée dans le soin que nous avons identifié dans l'enquête, en mettant en avant les déterminants de l'orientation vers ce guichet et l'impact que l'entrée dans le soin par ce biais peut avoir sur le reste du parcours du jeune. Il ne vise pas en revanche à présenter de manière exhaustive l'ensemble des guichets possibles d'entrée dans le soin. C'est pourquoi tous les dispositifs de santé psychique ne sont pas présentés ici.

harcelée par des élèves du collège. Ses relations avec ses parents sont conflictuelles. Elle ne trouve pas non plus de soutien de la part des professionnels de son établissement. A 13 ans, Lola tente de se suicider. Elle est alors hospitalisée en psychiatrie. Elle restera hospitalisée dans un service pour jeune pendant près de deux ans et demi, ne pouvant retourner vivre chez ses parents suite à une décision d'éloignement dans le cadre de mesures de protection de l'enfance.

On retrouve dans l'histoire de Lola un mélange de variables évoquées précédemment: Lola est d'abord hospitalisée parce que sa vie est en danger, suite à sa tentative de suicide. Elle reste ensuite pendant une longue période à l'hôpital pour des raisons médicales. Mais nous émettons l'hypothèse selon laquelle sa situation familiale, l'éloignement d'avec ses parents, sa prise en charge par l'aide sociale à l'enfance, participe à la longue durée de sa prise en charge par la psychiatrie.

Une mère témoigne également du poids de l'entrée précoce en psychiatrie sur le parcours ultérieur de sa fille. Suite à une tentative de suicide alors qu'elle avait 12 ans, celle-ci est hospitalisée en psychiatrie où elle commence son suivi.

« Oui, je me suis toujours demandée si... très vite on est entré en contact avec la psychiatrie lourde et très médicalisée et je ne cesse de me poser cette question : est-ce que si on n'avait pas été en contact très vite avec ces... voilà, ces milieux, elle aurait eu... ça aurait été différent, moins médicalisé ? Est-ce qu'on n'a pas été orienté trop vite vers un traitement très lourd de sa maladie ? Bah ça, c'est une question à laquelle j'ai pas de réponse et que je me pose souvent. Et puis alors, vous avez toujours des tas de gens dans votre entourage qui vous disent : « mais il faut essayer, essayez ça, mais c'est rien, ta fille, elle est juste ado euh... ». Y compris des pysys d'ailleurs hein. Et on reste avec ces interrogations. Effectivement, je... ouais, et puis je me dis : « peut-être que ma fille, elle s'en serait mieux sortie si on n'avait pas rencontré l'hôpital psychiatrique... ». J'en sais rien. » (Mme Damon, Mère d'une jeune femme de 17 ans suivie en psychiatrie depuis ses 12 ans)

Ses propos font écho aux travaux d'Erving Goffman sur les carrières en psychiatrie (Goffman, 1961). Ainsi, on peut reformuler sociologiquement l'hypothèse de Madame Damon de la façon suivante : l'hospitalisation à un jeune âge de sa fille l'a fait entrer dans une carrière de malade en psychiatrie.

2.2.2 Le suivi en psychiatrie publique

Parmi les jeunes rencontrés qui sont suivis en psychiatrie, une grande majorité à recours à la psychiatrie de secteur ou à des services non sectorisés mais publics. Les personnes qui ont le moins de ressources économiques et symboliques ont toutes recours à la psychiatrie publique. Ces personnes sont orientées par d'autres professionnels qui ont connaissance des services des secteurs psychiatriques. Dans nos cas, ce sont parfois les professionnels scolaires (infirmières, Conseiller principal d'éducation), les professionnels de l'insertion (référént santé, psychologues de mission

locale), parfois les parents, qui informent le jeune de l'existence de ce soin et l'y guident. Notons que lorsque ce sont les professionnels, il y a souvent une étape intermédiaire avec un professionnel de santé : entre par exemple un conseiller en insertion qui oriente le jeune vers la psychologue qui oriente vers le secteur psychiatrique.

Ces orientations plus importantes des jeunes que nous avons rencontrées vers la psychiatrie publique relèvent selon nous de caractéristiques territoriales. Sur notre territoire de recherche, la Maison des Adolescents (MDA) reçoit des jeunes en consultations, mais peu comme un premier guichet. La plupart des jeunes ont déjà un suivi institutionnel lorsqu'ils arrivent à la MDA. En revanche, le territoire est doté d'un service de consultation ambulatoire, pour jeunes, qui ne dépend pas du découpage sectoriel. Une part importante des jeunes rencontrés a consulté ce service dédié aux jeunes. L'accompagnement peut aller au-delà de la frontière des 18 ans de la psychiatrie adulte du territoire⁶⁷.

Cette offre locale est un déterminant majeur des parcours en psychiatrie, pour l'entrée dans les prises en charge mais également pour la circulation entre les services ensuite. Sur notre terrain de recherche, un service d'hospitalisation pour adolescents prend en charge les jeunes jusqu'à 18 ans. Nous avons pu observer au cours de l'enquête l'importance de ce changement de secteur, et ce pour plusieurs raisons. Certains jeunes, mais aussi certains psychiatres, veulent retarder, voire éviter, le passage de l'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile vers la psychiatrie adulte. Le service dédié aux jeunes peut permettre à certains d'entre eux de retarder ou d'éviter le passage en psychiatrie dans un secteur de psychiatrie adulte. C'est par exemple le cas pour Maeva, dont nous avons déjà évoqué le début de la trajectoire.

- Maeva a 17 ans lorsque nous la rencontrons. La mère de Maeva s'est suicidée moins de deux ans auparavant. Maeva n'a plus de contacts avec son père. Elle est accompagnée par l'aide sociale à l'enfance. Maeva est hospitalisée dans un service pour adolescents à 17 ans, suite à une tentative de suicide. Elle y passe trois mois à temps complet puis passe en hospitalisation en séquentiel et vit le reste du temps dans sa famille d'accueil et dans la famille de son petit ami. L'hospitalisation dans ce service pour jeunes est prévue jusqu'à ses 18 ans, ou elle devra ensuite rejoindre les services de psychiatrie adulte ce à quoi elle se refuse, en accord avec son psychiatre. Elle a fait une demande d'appartement indépendant éducatif via son contrat jeune majeur. Elle envisage de poursuivre le suivi avec son psychiatre dans un service de consultation pour jeunes non sectorisé.

Selon les témoignages de jeunes et de psychiatres, la psychiatrie adulte renvoie une image de gravité et d'irréversibilité ; elle évoque des patients chroniques et hospitalisés de longue date. C'est

⁶⁷ Nous gardons ici une part de flou volontaire dans la description des caractéristiques de notre territoire de recherche, pour en maintenir autant que possible l'anonymat.

pourquoi, le soin en secteur adulte est retardé autant que possible dans plusieurs cas rencontrés, comme celui de Maeva. Maeva connaît la psychiatrie adulte via des amis, qui n'ont pu échapper à l'hospitalisation en secteur adulte et à qui elle a rendu visite.

“C’était des légumes quoi. Y avait vraiment que des légumes. Et puis même, je veux dire quand, enfin moi j’ai plusieurs amis à aller à l’hôpital en secteur adulte, et euh... quand on se promène dans le parc de l’hôpital c’est vraiment... enfin je veux dire on voit tous les adultes, ils pourraient faire peur en fait en soi, mais après moi, je sais que le milieu médical je connais un petit peu donc du coup, je veux dire, ces personnes-là, y a pas du tout à en avoir peur parce que justement on les pousse du petit doigt ils tomberont par terre quoi. C’est des personnes qui sont vraiment cachetonnées à balle.” (Maeva, 17 ans)

Dans ce que nous dit Maeva, ce qui est aussi effrayant c’est la dépossession de soi et l’image que l’on renvoie en lien avec une médication perçue comme très forte en secteur adulte. Les modalités de soin sont considérées comme moins favorables que dans le service pour adolescents.

“Parce qu’après ça va passer sur l’autre structure pour les majeurs. Et ça moi c’est quelque chose que, enfin je veux pas du tout aller là-bas. C’est un fonctionnement qui est totalement différent et on n’est pas aussi bien écouté, aussi bien compris que par les psychiatres mineurs. Et non moi je veux pas ça. Parce que chez les mineurs on peut faire une grosse grosse crise, ils vont réussir à nous caler dans un coin, à nous gérer, alors qu’en psy adulte c’est totalement différent, si on a une toute petite crise d’angoisse, on nous donne notre systématique, notre médicament quoi... » (Maeva, 17 ans)

Le passage en secteur adulte peut également impliquer un changement de psychiatre. Or, les jeunes racontent qu’ils préfèrent éviter de changer de psychiatre, surtout lorsque “ça passe bien”, et qu’ils ont une incertitude sur la relation qu’ils auront avec son remplaçant. Avoir un autre soignant implique également de se raconter à nouveau, de reprendre l’historique de ses troubles et traitements, ce que les jeunes souhaitent éviter. Le changement de psychiatre peut aussi avoir des conséquences importantes sur le diagnostic des troubles. C’est le cas de M. et Mme Martel, qui racontent comment leur fils a été diagnostiqué schizophrène lors de son passage en psychiatrie adulte :

“Le médecin qui l’a [mon fils] suivi [en psychiatrie adulte], c’est lui qui a posé le diagnostic. Donc il nous a dit : « bah voilà, votre fils, il a des hallucinations, il veut se planter des couteaux dans le ventre, il veut... il entend des voix, donc bah voilà, il a des troubles de schizophrénie », bon... Alors, ce qui... Ce qui est un peu bizarre c’est que quelques mois avant, moi j’avais rencontré la pédopsychiatre du CMP, puis je lui avais posé clairement la question en disant : « mais qu’est-ce qu’il a ? Il est schizophrène ou quoi ? » elle m’avait dit : « ah bah non, je peux pas vous dire, nianianiania », donc je tourne autour du pot, je tourne autour du pot, puis deux mois après on nous dit ça quoi !” (Mr et Mme Martel, parents)

Au-delà des seuils d’âge fixés dans l’organisation psychiatrique, les tensions en termes de place peuvent également déterminer les parcours. Ainsi, si le service non sectorisé de notre territoire, permet à Maeva de ne pas être suivie en secteur adulte, c’est notamment parce que son psychiatre

qui la suit dans le service d'hospitalisation pour adolescents travaille également dans ce service de consultation ambulatoire pour les jeunes de plus de dix-huit ans. Pour d'autres jeunes qui font leur première entrée en psychiatrie, l'accès à ce service peut être plus compliqué. C'est le cas par exemple pour Gabriel.

- Gabriel a 18 ans quand nous le rencontrons. Son père est ouvrier et sa mère est salariée d'une administration publique. Dès l'école primaire, l'institutrice de Gabriel conseille à ses parents de l'emmener voir une psychologue, ce qu'ils font. La psychologue diagnostique un QI supérieur à la moyenne chez Gabriel. Il consulte régulièrement sa psychologue pendant toute sa scolarité. Gabriel dit être en dépression à partir de la fin du collège. Alors qu'il entre au lycée, sa psychologue lui dit qu'elle ne peut plus suffisamment l'aider et lui dit de consulter un psychiatre au service pour jeunes de Villerose. Gabriel essaye d'avoir un rendez-vous dans le service, mais les délais sont tels qu'il s'oriente finalement vers la psychiatrie adulte.

La saturation des services psychiatriques peut limiter les options possibles de recours au soin. Cette organisation peut également jouer sur la temporalité des parcours des jeunes, créant des périodes de latence, avant la première consultation puis l'initiation de la prise en charge.

2.2.3 Le recours à la psychiatrie libérale

Une petite partie des jeunes et des enfants des parents rencontrés sont suivis par des psychiatres en libéral. Ce sont des jeunes venant de milieux avec un capital économique et, ou symbolique important. La dimension relationnelle apparaît déterminante dans le choix de recourir à un psychiatre en libéral ou du public. Ce déterminant est influent dans les deux sens. Ainsi, Camille arrête le suivi avec son psychiatre en libéral avec qui elle ne s'entend pas et prend ensuite contact avec le service de psychiatrie pour jeunes présent à Villerose. A l'inverse, le fils de Madame Morin arrête son suivi au CMP initié après une hospitalisation pour changer de psychiatre et s'oriente alors vers le libéral.

“Ça allait pas mieux donc elle savait pas trop comment m'aider. Donc elle m'a parlé d'une art thérapeute. Donc j'ai commencé à aller la voir elle [l'art thérapeute]. Et puis après elle m'a parlé aussi d'un psychiatre. Donc j'ai commencé avec un psychiatre sur Villerose, mais je sais pas on s'entendait pas trop, enfin j'arrivais pas trop à lui parler du coup j'ai fait 2-3 séances mais ça m'aidait pas tellement, du coup j'ai arrêté.” (Camille, 18ans)

Cette dimension relationnelle est également abordée par les psychiatres comme déterminante pour le soin. Deux psychiatres des urgences pédiatriques nous parlent d'une dimension “élective”, nécessaire à la poursuite du soin.

« Psychiatre 1 : Très souvent, lorsqu'on est présent aux urgences, il y a une forme d'élection, soit « le mec qu'on a vu est super », ou alors vraiment un gros con, mais de toute façon il y a quand même une forme d'élection.

Psychiatre 2 : *Ouais, comme il y a beaucoup d'angoisse...*

Psychiatre 1 : *Voilà.*

Psychiatre 2 : *C'est un moment qui est quand même particulier.*

Psychiatre 1 : Émotionnellement, les gens sont quand même différents dans la manière dont ils se présentent. Et très souvent il y a une espèce d'attente, d'intensité qui fait qu'il y a... bon, enfin ça a été documenté qu'il y a une certaine difficulté à envoyer les gens vers une autre personne, avec souvent une forme de nostalgie, ou au contraire, une expérience catastrophique, enfin vraiment : « un connard maltraitant là nous a envoyé... », « enfin en gros il nous a viré quoi ». Ou alors au contraire... » (Psychiatres, urgences pédiatriques)

Que ce soit dans les témoignages des psychiatres, des jeunes ou encore des familles ce qui apparaît déterminant, c'est plus cette relation, la collaboration et l'entente possible, que le choix du public ou du libéral.

Le fait d'être suivi par un professionnel libéral a un impact sur l'organisation du suivi du parcours du jeune. Cette observation se comprend grâce à l'analyse du « travail d'articulation » dans les trajectoires de malades, développé par Anselm Strauss (Strauss, 1992). *La gestion et la mise en forme d'une trajectoire impliquent le calcul et l'exécution de nombreuses lignes de travail qui, à y regarder de près, sont constituées de groupes de tâches. Ensemble, tâches et lignes de travail constituent l'arc de travail anticipé pour une trajectoire donnée. Toutes deux appellent une « coordination » car elles ne s'organisent pas automatiquement d'elles-mêmes en séquences d'action et de temps appropriées. En d'autres termes, un travail supplémentaire-un travail d'articulation- doit être fait pour que les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail accompli. » (Strauss, 1992, pp191).*

Lorsque les personnes sont suivies dans le secteur public, les professionnels qui accompagnent le jeune eux peuvent plus facilement se transmettre des informations entre services sur la personne et articuler le travail de chacun dans une même vision. Cette coordination opère entre la psychiatrie publique et des opérateurs privés, associations. C'est ce que nous avons observé par exemple lors de nos terrains en mission locale ou encore dans un service de scolarité d'une clinique. Ainsi les psychiatres de secteurs publics se rendent régulièrement dans ces deux services (mission locale et service de scolarité) pour échanger ou faire des bilans sur des situations de jeunes. Si la question du secret médical domine les discours, dans les faits, sans que des diagnostics ou des échanges confidentiels ne soient échangés, les professionnels demandent et s'échangent des informations qu'ils jugent nécessaires à leurs pratiques. Ils discutent également des étapes à venir de la prise en charge, opérant ainsi un travail d'articulation au sens défini par Anselm Strauss. Mais quand le jeune est suivi par des professionnels libéraux, ce travail de coordination ne peut se mettre en place de la même manière. Cela peut être le cas par exemple entre les professionnels qui travaillent à l'insertion sociale

et professionnelle du jeune et ses soignants. Le secret médical apparaît alors comme renforcé. Les entretiens et surtout les observations de terrain montrent à quel point cette question pose problème aux professionnels hors champ du soin, avec qui les soignants discutent rarement. Lorsque le professionnel de santé provient du milieu libéral, il apparaît souvent impossible d'avoir un échange. Ainsi, lorsque nous assistons à des échanges entre professionnels de la mission locale, ce sujet revient fréquemment. C'est le cas par exemple lors d'une discussion sur la situation d'une jeune femme, dont le conseiller se sent en difficulté dans l'accompagnement et déplore de ne pas pouvoir échanger avec son psychiatre pour savoir comment la jeune femme peut se positionner vis-à-vis du travail, au regard de sa santé psychique qu'elle perçoit comme instable. Un psychiatre présent au moment de la discussion commente :

« C'est le grand problème de la schizophrénie dans les familles bourgeoises, il y a plus d'attention portée à la psychothérapie mais toute la dimension de réhabilitation psychosocial est absente. » (Extrait Journal de terrain, Psychiatre, secteur public)

Pour la trajectoire de santé de cette jeune femme, différentes actions sont menées (soin, insertion dans l'emploi), par différents acteurs, mais sans articulation entre eux. Si la réhabilitation sociale est intégrée par le psychiatre qui a des liens forts avec la mission locale, comme une partie du travail de soin, la réhabilitation psychosociale, il déplore que ce ne soit pas le cas pour des professionnels issus du milieu psychanalytique. Hors, le milieu social qu'il qualifie de « bourgeois », ou socialement favorisé, est plus proche avec le courant psychanalytique qu'avec celui de la réhabilitation psychosociale.

2.3 Les jeunes et leurs familles dans la négociation des parcours

Dans ce chapitre, nous avons vu la diversité des acteurs potentiellement impliqués dans l'amorce des parcours en psychiatrie de jeunes. Nous avons également présenté les enjeux et tensions pour différents acteurs au cours du processus de qualification et de prise en charge des troubles psychiques. Nous souhaitons évoquer dans ce dernier point du chapitre, un fil de l'analyse présent en toile de fond jusque-là : la négociation des parcours, ou autrement dit les rapports de pouvoirs et interactions entre les acteurs des parcours. Nous centrerons cette analyse sur le point de vue des jeunes et des familles.

Nous reprenons là encore un concept développé par Anselm Strauss, celui de « négociation ». L'étude des négociations en sociologie part du principe que *« l'ordre social est un ordre négocié : dans les organisations étudiées, il ne pouvait y avoir aucune relation qui ne soit accompagnée de négociation. Des négociations spécifiques semblent subordonnées à des conditions structurelles spécifiques : qui négocie avec qui, quand et à propos de quoi ? Les négociations obéissent ainsi à certains schémas et*

non pas au hasard. Elles peuvent être étudiées en fonction de leurs conditions, de leur caractère et de leurs conséquences pour les personnes et les organisations. » (Strauss, 1992, p250). Ainsi, nous pouvons regarder l'entrée et la circulation dans le soin comme des étapes des parcours des jeunes, qui font l'objet de négociations, en croisant différentes variables : qui sont les acteurs impliqués ? Quels sont leurs enjeux respectifs ? Quels sont les variables sociales qui influencent les négociations ? Quels sont les résultats du croisement de ces différentes variables ?

Il ressort de cette analyse trois enjeux importants : le milieu social d'origine des jeunes, les capacités d'action des jeunes et enfin le poids du secteur psychiatrique dans la négociation.

2.3.1 Les jeunes

La dépossession de soi dans le champ des troubles psychiques est particulièrement importante (Weber, 2012). A de nombreuses reprises, les familles et professionnels évoquent un déni des troubles chez les jeunes pour expliquer leur comportement et la manière dont ils les expliquent. Concernant l'initiation de soin, les jeunes font souvent face à de rudes négociations. C'est le cas par exemple pour Gaétan qui commence un suivi en CMP pour ne pas être hospitalisé.

Au départ c'est ma mère m'a emmené voir un psychologue. Au départ je ne voulais pas trop mais ma psychologue a dit à ma mère que soit j'allais la voir soit j'étais hospitalisé donc bah j'y suis allé. Et ma psychologue a dit qu'il fallait un traitement tout ça donc vu qu'elle ne pouvait pas fallait que j'aille voir un psychiatre, et après le psychiatre à dit fallait que je vois un infirmier donc c'est pas tout d'un coup c'est petit à petit ... » (Gaétan, 19 ans)

Mais les entretiens et observations avec les jeunes montrent également qu'ils possèdent une marge de négociation et jouent avec les règles des professionnels pour agir sur leurs propres parcours. Nous reprendrons ici un extrait d'entretien déjà présenté, mais en l'analysant sous un nouvel angle. Il s'agit d'un échange avec Maeva, qui est hospitalisé dans un service de psychiatrie pour adolescents depuis plusieurs mois. Maeva nous parle de la différence entre l'hospitalisation en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte.

« Parce que chez les mineurs on peut faire une grosse grosse crise, ils vont réussir à nous caler dans un coin, à nous gérer, alors qu'en psy adulte c'est totalement différent, si on a une toute petite crise d'angoisse, on nous donne notre systématique, notre médicament quoi...

Ça s'appelle un systématique ?

Oui, le « systématique » c'est un médicament qu'on a en systématique en cas de crise quoi. Et le « si besoin » c'est en cas de grosse crise ! [rires]» (Maeva, 17 ans)

Maeva utilise des termes « systématique » et « si besoin » pour qualifier les médicaments à prendre en cas de crise et selon le niveau d'intensité de la crise. Ces termes sont également utilisés par les professionnels de la psychiatrie que nous avons rencontrée. Plusieurs jeunes rencontrés nous ont également parlé de leur « systématique ». Ce terme générique permet de ne pas nommer ce médicament, qui peut être différent selon le jeune et ses troubles. Il fait partie d'un langage commun, d'une forme de culture commune. Son appropriation par les jeunes nous apparaît comme une forme de capacité de négociation. En s'appropriant et en utilisant le vocabulaire de l'institution hospitalière, Maeva joue le jeu qui lui est demandé. Cette apparente docilité permet à Maeva de négocier son parcours de soin et de vie, avec pour enjeu, la sortie de l'hôpital avant ses 18 ans, et donc, l'évitement de l'hospitalisation en secteur adulte. Maeva expose clairement cet enjeu au cours de l'entretien en parlant du contrôle qu'elle opère sur ce qu'elle va dire ou non à son psychiatre en entretien.

« Chaque chose qu'on dira ça jouera sur notre traitement déjà. Ça jouera aussi sur le fait de rester plus ou moins longtemps en hospitalisation ou d'être hospitalisé ou non si on ne l'est pas. Enfin ça joue sur pas mal de trucs donc on se dit : est-ce que j'en parle, est-ce que j'en parle pas ? » (Maeva, 17 ans).

Dans cette interaction, le psychiatre de Maeva souhaite également lui éviter une hospitalisation en secteur adulte. L'objectif de la jeune et du soignant concordent alors, favorisant le déroulement de la négociation du parcours, tant que Maeva respecte le cadre qui lui est posé. Cet objectif commun est primordial car lorsque les visées ou opinions des soignants et des soignés en psychiatrie divergent, la perception de l'appropriation et les usages des codes médicaux peut avoir un effet inverse, comme l'observe Cristina Figueiredo dans une unité d'hospitalisation pour adolescents : *« Les soignants accueillent le moment où l'enfant ne négocie plus, ne résiste plus, et intègre le protocole de soin comme une nouvelle étape. L'objectif est pour eux atteint, la formation du patient est assurée et son équilibre physique et psychique en bonne voie. Voie de sortie de l'hôpital ou de la maladie ? Qu'en est-il de l'agir de ce jeune qui, après maintes tentatives, finit par se soumettre au protocole ? Il est intéressant d'observer les différences de points de vue au sujet des négociations des jeunes avec les infirmiers : là où le chercheur observe une tentative de réappropriation de la connaissance médicale, en jugeant ce qui est bon ou mauvais pour soi, en faisant part de son expérience, les soignants voient une forme de résistance souvent associée à la pathologie. » (Figueiredo, 2019, p. 17).*

2.3.2 Les parents

Les parents disposent de capacités de négociation des parcours de leurs enfants très variables. Nous avons principalement reçu des témoignages sur les négociations entre les parents et les professionnels mais aussi parfois entre les parents et les jeunes. Lorsque ce sont les parents et les jeunes qui sont

impliqués, l'enjeu est souvent l'initiation de soin. Ainsi, certains parents inquiets et souhaitant que leur enfant consulte un psychiatre, peuvent faire face à des résistances de la part du jeune, résistance qui vont faire l'objet de longues discussions. Lorsque le jeune est majeur, il dispose de plus de pouvoir dans la négociation avec son parent, qui ne peut le faire hospitaliser contre son gré. C'est ce que nous raconte par exemple Madame Morin au sujet de son fils dont elle voyait l'état psychique se dégrader. Inquiète pour sa vie, elle souhaite alors qu'il se rende volontairement aux urgences.

« Dès que vous passez la barre des 18, dès que vous êtes majeur et quoi qu'il vous arrive, même si vous vous faites une TS, une tentative de suicide, vous êtes majeur, donc c'est à vous seul d'aller à l'hôpital, à vous seul de vous présenter aux urgences ou d'aller voir votre généraliste en disant : « euh, je sens que je déconne trop, je vais aller à l'hosto ». Vous en voyez beaucoup des patients qui font ça ? Voilà. Il faut attendre qu'il y ait une TS, il faut attendre qu'il y ait une demande d'hospitalisation d'office. Et c'est très compliqué la demande d'office aussi, parce que du coup maintenant je sais comment il faut faire. On n'a pas eu à le faire, mais on a mis cinq heures, la nuit où mon fils a été la première fois aux urgences cet été, on a mis cinq heures de discussion avec lui ici, avec son père, pour arriver à le convaincre, sans passer par l'Hospitalisation d'office. On l'a amené évidemment tous les deux à 4h00 du matin là-bas. »
(Madame Morin, mère d'un jeune diagnostiqué bipolaire)

Cette problématique du soin des majeurs contre leur gré est également présentée par des professionnels. Plusieurs enjeux se croisent alors : le consentement du jeune majeur, la perception du risque, la perception de l'environnement familial. L'observation d'analyses de situations problématiques en mission locale, réunissant professionnels de l'insertion et professionnels de la psychiatrie est éclairante à l'égard des deux premiers points.

En réunion d'analyse de situation, nous assistons à la description d'une situation qui pose problème à une conseillère en insertion. Elle accompagne un jeune dont l'ensemble des acteurs présents à la réunion disent qu'il a visiblement des troubles psychiques graves (parle et rigole seul, signes d'agressivité), nécessitant du soin. Mais le jeune ne veut pas consulter de psychiatre. Dans ce contexte, tant que sa vie ne paraît pas en danger et qu'il ne commet aucun acte qualifié comme nuisant à l'ordre public, il ne peut faire l'objet de soins sans consentement. Un membre de l'équipe de psychiatrie dit alors « il faudrait qu'il commette un trouble à l'ordre public, comme ça il pourrait être hospitalisé. Dans certains cas, ça permet d'amorcer le soin et de les sauver ». Une autre professionnelle intervient alors pour raconter la situation d'un jeune qu'elle a suivi l'année dernière : ce jeune avait des troubles psychiques mais refusait de se soigner. Un jour, il est arrêté par la police suite. En cellule il « pète les plombs complètement ». Il est alors hospitalisé en psychiatrie. Il a été diagnostiqué schizophrène, a eu un traitement et maintenant il est stabilisé. Il a même repris ses démarches de recherche d'emploi, avec de bonnes chances de s'insérer. « C'est fou, mais se faire arrêter c'est peut-être ce qui l'a sauvé. » (Journal de terrain, 2019).

Une autre variable entre en jeu dans la négociation entre le jeune, sa famille et les professionnels, pour l'initiation de soins : c'est la perception par les professionnels de la famille. Lorsque

l'environnement familial est jugé peu favorable pour prendre en charge le jeune ou bien même pour sa santé, les professionnels peuvent viser comme objectif l'hospitalisation, ou le retrait de la famille. Le cas de Monsieur et Madame Guilleméau est à cet égard une illustration intéressante.

- Madame Guilleméau est salariée. Monsieur Guilleméau est retraité, ancien ouvrier. Madame Guilleméau a eu un diagnostic de troubles bipolaires alors qu'elle avait 30 ans. Monsieur et Madame Guilleméau ont un fils, Kevin. Kevin a été suivi au CMPP lorsqu'il était enfant, sur les conseils de son instituteur de primaire qui le trouvait renfermé sur lui-même. Au début du lycée, le comportement de Kevin change : il ne sort de sa chambre que pour aller au lycée. Il n'adresse plus un mot à ses parents et leur refuse l'entrée dans sa chambre dont il bloque la porte avec des meubles. Un jour alors que Kevin est en cours, ses parents sortent 17 sacs de poubelles de la chambre de leur fils et découvrent toutes leurs photos de familles détruites. Kevin dit ne vouloir apparaître sur aucune photo et détruit toutes les images quand il en trouve. Monsieur et Madame Guilleméau sont inquiets et en parlent au CCAS qui les accompagnent et leur dit que le problème vient de leur relation parent-enfant. Monsieur et Madame Guilleméau posent des questions aux enseignants de Kevin, qui n'ont rien à dire et lui trouvent un comportement normal. Monsieur et Madame Guilleméau sont inquiets et sur les conseils d'une amie, écrivent un courrier au procureur de la république pour faire part de la situation. Ils sont alors convoqués par la protection judiciaire de la jeunesse qui effectue un examen de leur situation en vue de retirer Kevin de chez ses parents. L'évaluation aboutit à un non-lieu. Un soir, Monsieur et Madame Guilleméau appellent SOS médecin, qui amène Kevin aux urgences où il est ensuite hospitalisé en psychiatrie. Il ressort deux jours plus tard et la situation reprend à la maison. Kevin commence à vouvoyer ses parents et demande à ce qu'ils en fassent de même. La situation ne change pas pendant deux ans. Un été, Monsieur et Madame Guilleméau partent en vacances. A leur retour, Kevin leur semble très incohérent. Ils demandent une hospitalisation à la demande d'un tiers. Kevin qui a alors 18ans est hospitalisé en psychiatrie pendant 3 semaines. Le psychiatre qui le suit rencontre Monsieur et Madame Guilleméau et leur dit qu'il pense que leur fils est schizophrène, mais qu'il ne peut pas le garder à l'hôpital car Kevin est encore dans le déni. Kevin avait un traitement antipsychotique à l'hôpital, qu'il arrête à sa sortie. Il est hospitalisé à une autre reprise en psychiatrie, là encore à l'initiative de ses parents. Ils rencontrent un autre psychiatre qui leur dit que leur fils est en période de décompensation, sans que cela ne laisse présager de pathologie psychiatrique (il se base notamment sur l'absence de symptômes tels que des hallucinations pour appuyer ses propos).

Le cas de la famille Guilleméau est complexe et reprend plusieurs enjeux développés tout au long de ce chapitre. Les registres interprétatifs des comportements de Kevin d'abord, sont multiples et variables selon les acteurs : pour l'instituteur de Kevin en primaire, un trouble psychique est présent, selon ses parents également lorsqu'il est au lycée. Pour les enseignants du lycée, aucun problème n'est identifié, Kevin va en cours, il est bon élève et ne manifeste aucun comportement « anormal » au lycée. Pour les professionnels sociaux, le problème est d'ordre familial. Lorsque Monsieur et Madame Guilleméau sollicitent le procureur de la république ne sachant plus vers qui se tourner, leur capacité à prendre en charge leur fils est alors mise en doute. Monsieur et Madame Guilleméau s'en sentent

profondément discrédités et blessés. Puis, plus tard, à trois reprises, leur fils sera hospitalisé en psychiatrie, avec deux diagnostics distincts de posés : schizophrénie et décompensation passagère. A chaque fois, l'absence de collaboration de Kevin pour être soigné, dans un contexte où sa vie n'est pas en danger, est motif de sortie de soin.

Dans ce parcours, Monsieur et Madame Guillemeau semblent avoir peu de marge de négociation sur le parcours de leur enfant. Ils suivent une partie des conseils donnés par leur entourage, en le regrettant parfois amèrement, comme lorsqu'ils ont écrit au procureur pour faire part de leurs difficultés avec leur fils, alors qu'ils cherchaient une aide psychologique. Ils n'ont pas recours à des dispositifs de soins alternatifs. Ils sont dans un non recours par non connaissance (Warin, 2016) Ils semblent absorbés par la situation et subissent la situation et les actions menées par les professionnels qui les entourent. Nous émettons également l'hypothèse selon laquelle les troubles bipolaires de Madame Guillemeau peuvent être une source de discrédit supplémentaire auprès des professionnels, d'autant qu'elle témoigne d'épisodes de rechutes face à cette situation qui la fait souffrir.

Les parents peuvent également être démunis et en souffrance face à ces situations, ne sachant pas toujours comment réagir pour aider leur enfant, y compris face aux manifestations de troubles et de souffrance. L'apparition des troubles va ébranler le quotidien de la famille, son fonctionnement, son organisation (Blum, 2017). Cela va impliquer de nouveaux aménagements de l'espace et du temps, pour des parents qui souvent doivent également gérer leur vie professionnelle. C'est aussi une période de remise en cause de l'avenir qui était envisagé pour le jeune et de souffrance face à celle de son enfant.

“Ah ouais ouais. Il a été décalé. Il a été décalé. Il vivait la nuit et dormait le jour. Et nous, on travaillait.” (Mme Pain, mère)

“Mais pour des cas comme ça, qui sont quand même douloureux pour les familles, parce que ce sont des enfants jeunes, qui sont stoppés dans leur envol, qu'il faut beaucoup aider. Il faut aussi gérer sa propre... enfin ses propres réactions. Enfin, la maladie de son enfant, donc c'est lourd. “ (Mme Damon, Mère d'une jeune femme de 17 ans suivie en psychiatrie depuis ses 12 ans)

“Et donc elle a été quelques jours à l'hôpital. Elle est rentrée à la maison. Et euh là... là pour la première fois, je me suis dit : « mon Dieu, comment je vais faire ? » Parce qu'elle était Je me dis : « mais qu'est-ce que je vais faire si elle reste à la maison ? ». Là, elle était en incapacité d'aller à l'école. Et elle... il n'y a avait pas forcément lieu qu'elle soit à l'hôpital. De toute façon, ils n'avaient pas de place. Et donc, bah là, on a été dans un no man's land pendant plusieurs mois. Donc c'était système D, ma mère est venue aider. Enfin voilà. Moi, j'ai dû jongler avec mon travail pour être présente.” (Mme Damon, Mère d'une jeune femme de 17 ans suivie en psychiatrie depuis ses 12 ans)

Nous avons rencontré d'autres parents dont le récit montre une plus grande part de pouvoir dans la négociation avec les professionnels. Ces parents disposent en général d'un capital symbolique et culturel important, qui leur permet d'agir sur le parcours de leur enfant. Lors d'un échange informel, une personne nous raconte comment elle s'est opposée à un psychiatre ayant pris en charge son fils et lui prédisant une carrière psychiatrique.

« Je discute de mon sujet de thèse avec une personne que je rencontre dans mon entourage, Madame Valois, cadre supérieure de la fonction publique, qui me demande sur quoi je travaille. A l'annonce de mon sujet, elle me raconte que son fils a eu au moment de l'adolescence des hallucinations qui l'ont mené à être hospitalisé en psychiatrie. Le psychiatre de son fils lui dit alors qu'il faut se faire à l'idée que son enfant a des troubles psychiques graves et qu'il passera probablement sa vie pris en charge dans des institutions. Madame Valois me raconte qu'elle a alors refusé ce pronostic du psychiatre, a tout fait pour changer son enfant d'établissement de prise en charge. Elle me dit que son statut social, sa connaissance du secteur de la santé et son réseau l'ont aidé dans ces démarches. Elle conclut en me disant que ces événements se sont passés il y a des années et qu'aujourd'hui, son fils a un logement, un travail et n'a plus besoin de suivis psychiatrique. Les troubles rencontrés étaient passagers à l'adolescence. » (Journal de terrain, 2016)

De la même manière, Madame Morin nous raconte comment son fils a été amené à quitter le CMP pour être suivi par un psychiatre libéral, car elle n'est pas d'accord avec les changements de traitement soudain opérés par la psychiatre qui prend son fils en charge à la sortie d'hospitalisation.

“Le CMP là où à la sortie de l'hôpital on est allé, puisque je ne trouvais pas de psy libéral en ville, il a fallu trouver un relais, donc on est allé au CMP, je dis « on » parce que je l'emmenais en voiture hein parce qu'il ne pouvait pas conduire, mais bon, le CMP ... le CMP, bah... c'est comme partout, je pense que c'est une bonne structure, ça dépend vraiment sur qui vous tombez. Il a eu un psychiatre qui partait deux mois plus tard, qui était là... en balade. Euh, c'était pas de bol pour lui. Il l'a vu deux fois. Ça a été vraiment très... ça s'est très mal passé. J'ai appelé cette dame, même chose sous l'alliance thérapeutique, en lui disant : « voilà, je ne m'immisce pas dans votre boulot, c'est votre relation avec le malade et moi, je ne suis pas là pour interférer, mais il y a un problème avec le neuroleptique, à l'hôpital on lui avait mis un correcteur en place et vous lui dites de l'arrêter net, donc les effets secondaires rebond derrière reviennent. Vu ce qu'on a vécu avec l'hosto, on ne veut pas que ça recommence là dans les 24 heures, qu'est-ce qu'on fait ? » « Mais Madame, vous n'avez pas à me dicter ma conduite, machin, truc... » bon, super dur. C'est une question de personne, c'est pas une question d'endroit, c'est une question de personne. [...]

Et donc vous avez arrêté le CMP et vous avez trouvé un psychiatre en libéral ?

Alors, on a arrêté... il a arrêté le CMP, puisque via la généraliste... sa généraliste, lui a dégoté un rendez-vous chez le médecin psychiatre avec qui il est depuis, qui est en libéral, ouais, qui est en libéral, c'est pas pour ça qu'il est mieux hein, du tout. J'ai rien contre l'hôpital, les structures ou le libéral, rien, encore une fois, c'est une question de personne.” (Madame Morin, mère d'un jeune diagnostiqué bipolaire)

Monsieur et Madame Morin ont des parents médecins. Madame Morin mobilise l'avis de ses proches au sujet de la situation de son fils et dit que cette culture familiale et cet entourage lui donne des outils pour négocier avec les psychiatres, dont elle connaît le langage et les codes.

« Je suis née dans une famille de... mon père était médecin, ma mère était psychologue. Mon mari, son père est médecin aussi, mais anti-psy complètement, bon. Donc c'est des familles quand même, je dirais, qui ont baigné un peu dans le milieu médical. Donc moi, j'ai pu appeler au moment de la tourmente de juillet, un copain de papa qui était psychiatre à Sainte-Anne, ce n'est pas parce qu'il était à Sainte-Anne, mais il est psychiatre, très bon psychiatre à l'époque, pour discuter avec lui, voilà. Donc voilà, nous, on est là, alors, il est en psy ici. En psy ici, il y a vraiment eu des... des... qu'est-ce qu'on peut dire, pas des négligences de traitement puisqu'ils font ce qu'ils peuvent aussi hein dans ces services hein, c'est pas simple pour eux non plus, et il y a surpopulation en permanence, des cas extrêmement différents les uns des autres, mais quand votre fils – dans une chambre double, parce qu'il y a pas d'autres possibilités et puis que bon bah, c'est la vie de l'hôpital, il est en chambre double – se fait agresser par son voisin, euh il est agressé physiquement et que du coup bah vous êtes obligée d'intervenir quand même auprès de l'équipe, en disant voilà : « Je suis parent... » Oui, je sais, j'ai un adulte majeur, je n'ai pas à intervenir, mais en tant que parent qui souhaite une alliance thérapeutique avec l'équipe, il faut connaître les termes, il faut savoir comment aborder les gens, il faut avoir un minimum de... de feeling et de... et de psychologie, de l'approche euh... voilà, des équipes, c'est pas simple du tout, du tout, du tout. Et sans doute, heureusement que moi je suis bien entourée hein. » (Madame Morin, mère d'un jeune diagnostiqué bipolaire)

Face aux discontinuités qui peuvent avoir lieu entre les organisations, ce sont les familles, et le plus souvent les parents, qui sont sollicités pour organiser la prise en charge ou prendre le relai quand les organisations interrompent leur travail. *“La répartition des activités de soin, la responsabilité et l'incertitude sur l'évolution de la santé de la personne malade deviennent des enjeux dans la négociation et les arrangements entre les parents et les professionnels”* (Parron, 2014, p. 150). Ainsi, dans le récit de Madame Morin, on retrouve tout à fait cette part de travail de coordination des soins qu'elle effectue pour son fils. Elle réalise un suivi du traitement de son fils, à connaissance des effets secondaires et des raisons des modifications de traitement.

Les parents effectuent dans bien des cas rencontrés un important travail de coordination de la trajectoire de santé (Strauss, 1992). Madame Damon, mère d'une jeune femme suivie en psychiatrie depuis ses 12 ans nous dit à ce sujet :

« Mais il y a un truc... enfin voilà, moi là je parle de moi et je vois toute l'énergie et les ressources que je... j'ai mis en œuvre pour ça, pour essayer de trouver à ma fille des parcours un peu plus diversifiés. Je me dis : « mais c'est pas à la portée de tous les parents d'avoir... de pouvoir décrypter dans quelle école on est, de pouvoir ne pas se laisser trop impressionner par les médecins et ne... ». Enfin voilà, et pouvoir apporter autre chose, de pouvoir gérer son boulot pour s'absenter quand il y a besoin. Enfin, il y a tout ça. Et de pouvoir aussi financer d'autres médecins à côté ou d'autres psychologues. Les psychologues, c'est pas du tout remboursé euh... C'est des

soins pas du tout remboursés. Donc, je me dis qu'il y a quand même une profonde injustice. Je pense que quand on est un enfant issu d'une famille sans les ressources sociales, notamment culturelles, et qui permettent de lutter un peu contre le système ou en tout cas de ne pas... enfin d'essayer de le comprendre et de ne pas lui faire non plus aveuglément confiance, on n'a pas les mêmes chances. Enfin je ne sais pas si ma fille elle s'en sortira mieux pour autant, mais il y a quand même une injustice... » (Mme Damon, Mère d'une jeune femme de 17 ans suivie en psychiatrie depuis ses 12 ans)

Au-delà des inégalités en termes de détention de capital, social, culturel, économique et symbolique, les parents sont pris dans un système plus large d'inégalités des conditions de vie, qui influencent leurs possibilités d'effectuer ce travail de coordination. Ainsi, les parents rencontrés les plus investis dans le travail de coordination, ceux qui semblent disposer aussi du plus de pouvoir dans la négociation des parcours de leurs enfants, sont ceux qui ont le plus de flexibilité dans leur travail : soit ils sont cadres, avec une relative flexibilité de leurs horaires de travail, soit l'un des parents, souvent la mère, réduit son temps de travail pour dégager du temps à l'accompagnement de son enfant.

Conclusion

La qualification et la prise en charge en psychiatrie de troubles psychiques, répondent à une imbrication de déterminants sociaux. La part d'incertitude sur la nature et le pronostic des troubles est plus grande chez les jeunes que pour les adultes⁶⁸. Dans ce contexte, les modes de manifestations des troubles et le contexte social d'existence du jeune vont être déterminants dans l'interprétation et de qualification des troubles psychiques. Le recours à une aide psychologique est plus rapide pour les jeunes de milieux favorisés, fortement socialisés aux solutions thérapeutiques. Pour d'autres jeunes, vivant dans des conditions sociales d'existence perçues comme plus difficiles, le recours aux aides psychologiques sera proposé selon d'autres modalités, plutôt par des services publics que libéraux, au sein d'institutions quand le jeune est pris en charge par l'aide sociale à l'enfance par exemple, et plus tardivement à manifestations égales vis-à-vis de jeunes de milieux favorisés.

Le rapport des jeunes aux qualifications des troubles psychiques et à l'accompagnement psychologique apparaît également socialement polarisé. Les jeunes de milieux plus favorisés perçoivent les consultations de psychologues de façon moins stigmatisés, comme une aide ponctuelle. Ils se retrouvent également plus facilement dans certains types de diagnostic en cherchant des informations par eux-mêmes, comme par exemple la phobie scolaire, l'hypersensibilité, le haut potentiel ou encore l'autisme de type asperger. Tandis que les jeunes ayant un parcours en institution

⁶⁸ Cf Chapitre 2 de la thèse

ou de milieux moins socialisées aux thérapies, entretiennent une plus grande méfiance à l'égard des psychologues et un rejet de l'étiquette des troubles psychiques.

Une fois les troubles qualifiés, la perception des risques encourus du fait des troubles est un déterminant majeur de l'entrée dans le soin psychiatrique. Ce qui amène à consulter un spécialiste de santé, ce n'est pas tant l'émergence d'un symptôme que son caractère devenu incontrôlable ou risqué. Nous avons identifié dans nos matériaux quatre types de risques qui conduisent à l'entrée dans un parcours de soin psychiatrique. Le premier risque est vital, il s'agit des cas où les comportements de la personne sont dangereux pour sa propre vie. Le deuxième est social : il concerne la remise en cause d'inscriptions sociales normées, à laquelle le jeune et/ou ses proches aspirent. Le troisième risque touche à l'ordre social et apparaît dans des situations où les comportements ont un impact sur et dans des institutions. Enfin le dernier risque concerne des cas où c'est l'environnement social du jeune qui est considéré comme néfaste à sa santé au point de devoir l'en retirer. La perception de ces risques dépend du statut des acteurs (jeune, parent, professionnel) et de leur secteur d'appartenance pour les professionnels (le scolaire et le sanitaire notamment).

Là encore, le milieu social d'appartenance des jeunes et des familles apparaît comme déterminant dans les modalités d'entrées dans le soin, d'une part, et dans les capacités de négociation des étapes suivantes du parcours, d'autre part, avec un désavantage de pouvoir pour les jeunes et leurs proches venant de milieux moins dotés en capital social, symbolique, culturel et économique.

Chapitre 4 : La construction du handicap psychique

Dès la recherche de financement pour réaliser cette thèse, nous avons été interpellée par les enjeux spécifiques à la catégorie du handicap psychique. Nous avons en effet rencontré des parents, membres d'une association de proches de personnes avec des troubles psychiques, qui nous ont raconté leur histoire militante pour la reconnaissance de la catégorie du « handicap psychique ». Un de leurs objectifs était de permettre le développement de services médico-sociaux, dédiés aux personnes avec des troubles psychiques limitant leurs possibilités d'insertion sociale, dans un contexte où la saturation des services des secteurs psychiatriques les amène à porter une très grande part des pratiques de « care » auprès de leurs proches. Cette lutte a contribué à ce que le terme « psychique » apparaisse dans la définition du handicap de la loi du 11 février 2005⁶⁹. Les travaux de Gaëlle Giordano montrent que cette loi n'a pas fondamentalement changé la réception des politiques du handicap pour les personnes avec des troubles psychiques, puisqu'ils mobilisaient déjà ces services, mais a favorisé le développement de nouvelles structures spécialisées (Giordano, 2016). Ces revendications nous amènent à nous interroger sur l'offre et sa réception dans le champ du handicap psychique.

Un second élément de la discussion avec ces familles nous a questionnée : selon eux, la reconnaissance institutionnelle d'un handicap psychique arrive, dans beaucoup de situations, après la période de la jeunesse. La stigmatisation de cette catégorie ou encore la crainte de voir entrer des personnes jeunes dans une « carrière » de personne handicapée sont les raisons qui nous sont présentées de cette reconnaissance « tardive », par rapport à d'autres types de handicap, venant recouper les informations issues de précédents travaux sociologiques « (Moreau, 2010).

Mais nous avons aussi rencontré des jeunes ayant effectué une demande de reconnaissance institutionnelle d'un handicap. Ce qui nous interroge dans ce chapitre, ce sont les raisons qui incitent à effectuer cette démarche, à dépasser les freins présentés, ou bien qui font que ces freins ne sont pas opérants. Nous souhaitons retracer les étapes de parcours menant à une reconnaissance institutionnelle d'un handicap psychique, chez des jeunes, le contexte de ces parcours et leurs déterminants. Nous émettons trois hypothèses à ce sujet. Premièrement, la catégorie du handicap psychique se construit au regard d'un problème avec une institution. Nous reprenons là les travaux de

⁶⁹ Dans la loi du 11 février 2005, constitue un handicap « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Romuald Bodin, mais émettons l'hypothèse selon laquelle le handicap psychique ne se construit pas seulement au regard d'une relation problématique avec l'institution familiale, comme il le soutient. Cela nous mène à notre deuxième hypothèse : l'écart temporel entre le développement des troubles qualifiés de psychiques, qui entravent la vie quotidienne et le recours à la catégorie institutionnelle du handicap, s'explique non seulement par la stigmatisation de ce champ, mais aussi par la structuration de l'offre de prise en charge. L'offre de compensation des limitations de participation à la vie sociale, adaptée aux troubles psychiques, se situe historiquement dans le champ sanitaire et non médico-social. Enfin, notre troisième hypothèse porte sur le recours différencié au champ du handicap en fonction du capital social d'origine du jeune : les jeunes sans ou avec peu de soutien familial, auront plus rapidement recours à une reconnaissance institutionnelle du handicap, à situation égale avec des jeunes bénéficiant de protections par leurs proches.

Pour traiter ces questions et hypothèses, nous avons organisé notre propos en deux parties. La première porte sur l'offre institutionnelle dans le champ du handicap, son organisation et sa réception. En nous appuyant sur une approche historique de la construction du champ du handicap, nous présentons l'offre contemporaine de ce secteur spécifique des solidarités publiques. A partir des travaux existants sur le sujet et de nos matériaux, nous tentons de répondre aux questions suivantes : Quelles est l'offre institutionnelle dans le champ du handicap en général et pour le handicap psychique spécifiquement ? Comment cette offre est-elle reçue par des jeunes personnes avec des troubles psychiques ?

Dans la deuxième partie, nous présentons trois profils de parcours menant à une reconnaissance institutionnelle d'un handicap psychique. Comment l'âge de la personne joue-t-il sur les demandes ? Existe-t-il un lien entre type de demande et conditions sociales d'existence ? Qu'est-ce que nous apprennent ces caractéristiques sociodémographiques des demandeurs sur le processus de construction sociale du handicap ? Nous adoptons dans ce point une approche interactionniste et constructiviste et identifions quatre profils de jeunes : ceux pour lesquels une demande est effectuée alors qu'ils sont en âge scolaire et pour lesquels les catégorisations du handicap semblent incertaines ; ceux qui, après leur scolarité ne bénéficient pas ou faiblement de solidarités familiales et pour lesquels l'insertion dans l'emploi est difficile et qui font une demande pour des raisons financières ; ceux qui ont bénéficié de solidarités familiales, mais qui s'essouffent au moment où les jeunes sont censés s'insérer dans l'emploi ; et ceux enfin qui ont des troubles qualifiés de psychiques, sont orientés pour cela vers le champ du handicap, mais font une demande en présentant des raisons somatiques. Aux trois premiers profils correspondent trois périodes de la vie : celle de la scolarité, puis celle de l'insertion par et dans l'emploi, avec une distinction avant 25 ans et après 25 ans, qui constitue à la

fois un seuil d'âge institutionnel, pour le RSA, et symbolique, celui où l'on est censé être autonome et indépendant de ces parents (Van de Velde 2016).

Nous basons nos propos sur plusieurs types de matériaux. Nous mobilisons les entretiens réalisés avec les jeunes et les professionnels pour analyser le plus finement possible les représentations du handicap, les logiques et interactions en jeu dans les demandes de reconnaissance institutionnelle d'un handicap. Nous avons réalisé une enquête au sein d'une mission locale sur cette question spécifique de la construction du handicap psychique. Pour cela, nous avons demandé aux professionnels de la structure de nous raconter des accompagnements et parcours de jeunes pour lesquels ils estimaient qu'une reconnaissance institutionnelle d'un handicap psychique pouvait être réalisée. Nous demandions également à rencontrer ces jeunes. Nous avons ainsi recueilli 19 parcours du point de vue des professionnels et avons rencontré huit de ces jeunes. Nous mobilisons également les entretiens avec des jeunes et des professionnels réalisés au sein du service de scolarité d'une clinique, dans des dispositifs du champ médico-social et sanitaire (hôpital psychiatrique, SAVS, SAMSAH, résidences spécialisées, ESAT). Bien qu'ils soient peu nombreux dans notre corpus, les entretiens avec des parents (6) sont également très éclairants dans notre questionnement.

Nous mobilisons également les données d'une enquête réalisée au sein d'une MDPH⁷⁰. Nous y avons effectué 3 entretiens (un focus groupe et deux entretiens en individuel) avec sept professionnels (direction et membres du service évaluation de la MDPH). Nous avons également analysé 68 dossiers anonymes de personnes ayant effectué une première demande pour un handicap catégorisé comme « psychique », entre 11 et 29 ans. Ces dossiers nous permettent de réaliser des micro-statistiques sur les variables démographiques des personnes, les demandes et orientations effectuées.

1. Reconnaissance institutionnelle d'un handicap psychique : Offres, évaluations et réceptions

Dans ce point, nous traitons de l'offre de la politique du handicap, ce qu'elle couvre, propose et la manière dont elle est reçue par des personnes avec des troubles psychiques.

La critique du fonctionnement asilaire après la seconde guerre mondiale pose les bases de la psychiatrie de secteur, mise en œuvre à partir des années 1970, qui élargit les lieux et acteurs de l'aide aux personnes avec des troubles psychiques. Les lois de 1975 sur le handicap et sur le secteur médico-

⁷⁰ Nous avons passé pour cette enquête une convention de confidentialité entre l'EHESP et

social excluent en apparence la prise en charge des malades de la psychiatrie en les renvoyant vers le soin. Dans les faits, les services de la psychiatrie et du médico-social sont poreux (Giordano, 2016). Les personnes avec des troubles psychiques peuvent tout de même effectuer des demandes de reconnaissance d'un handicap et sont présents dans des institutions médico-sociales. La loi du 11 février 2005 sur le handicap est interprétée comme une reconnaissance du handicap psychique en cela que les troubles psychiques apparaissent dans le texte comme une des causes possibles de limitation d'activité. Suite à cette loi, des dispositifs spécifiques aux troubles psychiques vont se développer. De façon générale, l'organisation de la politique du handicap connaît des modifications. Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées sont créées. Elles remplacent les instances administratives départementales qu'étaient les Commissions Départementales de l'Éducation Spéciale (CDES) et les Commissions Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP), et qui traitaient respectivement les dossiers des moins et des plus de 20 ans. Les MDPH sont des guichets uniques, qui informent, réceptionnent, évaluent et formalisent toutes les demandes en terme de handicap⁷¹.

Aujourd'hui, quelles sont les compensations concrètes que peuvent demander des personnes avec des troubles psychiques ? Comment ces demandes sont-elles évaluées ? Quelles sont les principales demandes pour la catégorie du handicap psychique ?

Pour répondre à ces questions, nous mobilisons les données que nous avons recueillies dans le cadre de notre enquête dans une MDPH : nous disposons d'entretiens avec les professionnels de la structure mais aussi de micro-statistiques à partir de l'étude de 68 dossiers de demande pour handicap psychique. Nous interrogerons grâce à ces matériaux le lien entre les caractéristiques sociodémographiques (genre, âge, milieu social) et les types de demande. Nous recoupons ces informations avec la littérature existante en sociologie du handicap, notamment ceux mobilisant des données statistiques.

Enquête à partir de dossiers de la MDPH

Dans le cadre de la recherche HanPsyJe, sur le handicap et les troubles psychiques lors du passage à l'âge adulte, nous avons réalisé une enquête au sein du service évaluation d'une MDPH. Nous avons au préalable passé une convention avec la structure pour garantir l'anonymat et la confidentialité des données recueillies. La MDPH a mis à notre disposition les dossiers reçus et codés entre avril 2015 et novembre 2016 (c'est-à-dire sur une durée de 20 mois), soit les dossiers de 9 098 personnes⁷².

⁷¹ Les MDPH sont des Groupement d'Intérêt Public sous tutelle du département.

⁷² Ce chiffre ne correspond pas à l'ensemble des dossiers reçus mais à ceux qui ont été codés, c'est-à-dire rattaché à un code correspondant à un type de handicap.

Parmi les dossiers à notre disposition, nous nous intéressons à ceux de personnes ayant entre 16 et 30 ans au moment de l'enquête, c'est-à-dire nées entre 1986 et 2000 (inclus). Nous nous intéressons également à tous les dossiers dont les codes relèvent du champ de pathologie « Troubles mentaux et du comportement » ou des « déficiences du psychisme ». Nous obtenons ainsi un corpus de 769 personnes, ayant entre 16 ans et 30 ans, qui ont déposé un dossier à la MDPH entre avril 2015 et novembre 2016, qui a été codé comme relevant de troubles mentaux et du comportement et/ou de déficiences du psychisme.

Nous avons ensuite exploré le contenu des dossiers pour appréhender la diversité des situations présentes dans le corpus. Il s'est avéré qu'une partie des dossiers pouvaient être exclus de notre panel. En effet, pour une partie des dossiers, les jeunes ont une déficience intellectuelle comme déficience principale et/ou ont eu une prise en charge et une reconnaissance d'un handicap très précocement. Or, notre recherche porte sur les troubles psychiques 1. Excluant les déficiences intellectuelles 2. Repérés à l'adolescence ou plus tard.

Nous avons observé que ce sont les codes de la fin de la classification des pathologies « troubles mentaux et du comportement » (à partir du code « retard mental sans précision », au code « Trouble mental sans autre indication ») qui regroupent ces cas pouvant être exclus du corpus. Afin de tester les lignes de codification à écarter, nous avons regardé 20% au moins des dossiers contenus dans chaque code. Le choix des dossiers consultés était aléatoire. Lorsque les dossiers consultés contenaient tous des éléments attestant d'une déficience intellectuelle et /ou d'une prise en charge avant 11 ans, nous avons exclu ce code de notre enquête. Pour renforcer notre choix des codes à prendre en compte, nous avons réalisé un entretien avec le médecin psychiatre de la MDPH. Selon ce tri, le corpus final est de 351 dossiers⁷³. Nous avons exploré 68 de ces dossiers, soit environ 1 sur 5 du corpus.

Dans le corpus final, nous avons tout de même eu des dossiers pour lesquels les jeunes avaient des déficiences intellectuelles. Mais celles-ci n'étaient pas indiquées comme étant la pathologie ou la déficience principale. De la même manière que les dossiers pour lesquels des troubles somatiques sont associés, les parcours de ces jeunes sont particulièrement intéressants. Ils permettent d'analyser la manière dont les différentes déficiences sont mobilisées, à quels moments, et ce à quoi elles permettent d'accéder en termes de dispositifs et services du champ du handicap. Un autre biais a été observé lors de l'exploration fine des dossiers, concernant la date de la première demande. Dans certains dossiers sélectionnés, la première demande avait été effectuée avant 11 ans, mais dans une MDPH d'un autre département, ou bien avant la loi de 2005 sur le handicap, ce qui avait pu nous échapper lors de notre première exploration des dossiers. Ces situations donnent tout de même des résultats intéressants pour la recherche comme nous le verrons dans la suite de ce chapitre.

A partir de ces données, nous avons réalisé des micros-statistiques, concernant, les objets des demandes, l'âge des premières demandes, la durée des parcours institutionnels. Nous croisons dans ce chapitre ces micros-statistiques avec les données qualitatives issues des entretiens avec les jeunes et leurs parents ou encore avec les professionnels.

1.1 L'évaluation des demandes

L'évaluation de l'impact des troubles psychiques en termes de handicap semble poser des

⁷³ Pour plus de précisions, voir Annexe XX –Enquête MDPH

problèmes spécifiques par rapport aux problèmes somatiques. Tout d'abord parce que les troubles psychiques et les déficiences psychiques semblent incompris par l'entourage, qui ne peut observer de raison physique, palpable, à des incapacités d'agir.

« On parlait d'école, d'insertion. Le père de famille qui va dire : « tu te bouges, c'est la motivation, tu vas chercher un boulot ». » (AS service psychiatrie pour adolescents)

Ce constat d'incompréhension émane tant des professionnels que des proches et des jeunes eux-mêmes. C'est le cas par exemple pour Emma, 19 ans.

➤ Emma n'arrive plus à aller à l'école depuis qu'elle a 12 ans. Elle souffre de troubles somatiques dont la cause n'est pas identifiée lors d'exams cliniques, ce qui laisse à penser à certains professionnels de santé qu'elle rencontre que ses problèmes sont psychosomatiques. Emma a également des crises d'angoisse lorsqu'elle est à l'école. A 15 ans, elle n'arrive plus du tout à se rendre dans son établissement scolaire et suit des cours par correspondance avant d'entrer dans un service scolaire d'une clinique⁷⁴. Tout au long de notre échange, Emma raconte l'incompréhension de ses proches face à ses troubles, voire parfois leurs suspicions sur la véracité de sa souffrance. Elle nous dit : *« Une crise d'angoisse ce n'est pas tout à fait pareil [que le stress]. C'est 10 fois plus fort. Ça prend le dessus sur toi, tu brrrr [bruit de frisson], il y a des fois tu peux plus dépasser ça. Et c'est ça qu'est assez compliqué en fait et que les gens autour ont plus de mal à voir, enfin à comprendre du moins. Je sais que tant que les gens ne voient pas que je fais une crise d'angoisse ils sont là en train de me dire mais c'est du pipeau ! » (Emma, 19 ans)*

La compréhension des troubles psychiques et des difficultés qu'ils engendrent dans la mise en œuvre des actions de la vie quotidienne peut également être difficile à appréhender pour les professionnels et poser des questions quant à la nature des difficultés et les solutions à y apporter. C'est notamment la variation dans le temps des capacités qui rend confuse cette appréhension du handicap. C'est ce que traduit ce bref récit d'une Aide Médico-Psychologique (AMP) qui travaille dans une Maison d'Accueil Spécialisée (structure qui accueille historiquement des personnes avec des déficiences intellectuelles, mais qui s'ouvre ces dernières années à un public avec des troubles psychiques, sans déficience intellectuelle).

Lors d'une discussion informelle avec des personnes de mon entourage, je parle avec une AMP de MAS, Mme M de mon sujet de thèse. Lorsque j'évoque la question du handicap psychique et de son évaluation, cette professionnelle me raconte un événement qui s'est produit quelques jours auparavant dans la MAS où elle travaille. Chaque matin, les personnes qui vivent à la MAS ont un temps pour effectuer leur toilette. Elles sont aidées pour cela, à des degrés divers selon leur autonomie estimée, par des professionnels. Depuis quelques années, une personne avec des troubles schizophréniques, Mme A, vit à la MAS. Cette personne, dont l'autonomie est évaluée dans l'établissement comme très bonne, réalise sa toilette seule. Mme M nous raconte les difficultés qu'engendrent les périodes de « crise », de décompensation psychique, dans cette évaluation fixe de l'autonomie. Depuis quelques jours, Mme A ne va pas bien. Un matin, elle ne

⁷⁴ Ce service de scolarité au sein d'une clinique est présenté en détail dans le chapitre 5.

fait pas sa toilette, demande de l'aide lorsqu'on lui dit de se laver. Une collègue de Mme M se fâche après Mme A et lui dit qu'elle est capable de se laver seule, et lui demande d'arrêter de faire des caprices. Pour Mme M ce n'est pas un caprice : du fait de sa mauvaise santé ses derniers jours, Mme A n'est peut-être réellement pas en mesure de se laver. Ce récit est éclairant sur la variabilité des troubles psychiques et la difficile appréhension pour des personnes extérieures, y compris des professionnels, que sans raison somatique, une personne puisse être empêchée de réaliser un acte qu'elle effectuait seule encore quelques jours auparavant.

Extrait de journal de terrain- 2018

Cette incompréhension peut se muer en violence et agressivité, à la fois pour la personne malade et pour son entourage. Les personnes peuvent être pointées du doigt pour leur « mauvaise volonté », leurs « caprices », et leurs proches pour ne pas réagir de façon approprié et être impuissant pour changer la situation. Lors de discussions informelles sur notre thèse, cette stigmatisation et agression sociale s'exprime fréquemment lorsque nous parlons du phénomène Hikikomori.

Lors d'une discussion informelle sur les jeunes qui se retirent socialement au domicile de leurs parents, sur le modèle des Hikikomori Japonais, mon interlocuteur, un jeune homme, la trentaine, pompier de métier, me dit que « jamais il ne laisserait son fils faire ça, qu'il lui botterait le cul ou l'emmènerait courir tous les jours pour lui remettre les idées en place ».

Extrait de journal de terrain - 2016

Une autre spécificité des troubles psychique semble rendre difficile l'appréhension des limitations d'activité : c'est la variabilité des symptômes. Dans beaucoup de situations que nous avons pu observer, notamment dans les premières demandes à la MDPH, les dossiers sont complétés avec des assistantes sociales de secteur psychiatrique. Ces dernières, qui connaissent bien la fluctuation des troubles et leurs impacts sur la vie quotidienne, incitent les personnes qu'elles accompagnent à noter leurs limitations par rapport aux moments où elles sont le plus empêchées d'agir.

« Le dossier MDPH, on le fait ensemble, souvent. Quand ils font le questionnaire tout seuls, je le relis avec eux et là, je dis : « Là, vous n'avez pas coché, c'est bizarre » et je dis : « Je cocherais quand même. » Des fois quand les patients sont vraiment dans le déni et qu'ils ne veulent pas, on envoie le dossier comme ils veulent. On n'a pas trop le choix. Mais quand même souvent, on arrive à dire : « Mettez-en un peu plus... enfin pas plus, mais au moins décrivez bien vos difficultés. Et décrivez bien qu'aujourd'hui, vous pouvez le faire mais qu'il y a des moments où vous ne pouvez pas le faire. » Parce qu'il y a ça aussi, la fluctuation. Ils ont du mal à anticiper en se disant : « Mais si, là, je fais. » « Oui, mais il y a deux mois, vous ne le faisiez pas et il y a le risque que dans deux mois, vous ne le fassiez plus non plus. Et comme le dossier ne sera lu que dans six mois, il vaut mieux dire que par moments, vous ne pouvez pas le faire. » » (Assistante sociale d'un CMP)

Cette expression de leurs difficultés par les personnes ne semble pas aisée. Elle demande en effet de dire qu'elles ne peuvent plus par moments, réaliser des actes de la vie quotidienne qu'elles étaient

en mesure d'effectuer auparavant. C'est ici la négociation d'une nouvelle image de la personne qui semble se jouer, et du stigmaté.

J'observe une réunion, organisée par l'ARS, avec de nombreux institutionnels. Les acteurs professionnels échangent sur une expérimentation qui se développe sur plusieurs territoires français : la distribution de trois questionnaires pour accompagner les demandes à la MDPH pour des troubles psychiques. Ces questionnaires sont à compléter par la personne elle-même, un de ses proches et son médecin. Il s'agit de documents qui doivent aider à l'évaluation de l'impact des troubles sur la vie et les projets de la personne. Les professionnels échangent sur l'utilité de ces formulaires et déplorent que sur les territoires où sa diffusion est expérimentée, peu de formulaires complétés par les personnes malades soient retournés. Une représentante des usagers intervient alors pour parler du poids émotionnel qui peut accompagner la rédaction de ce document. Elle dit « *ce n'est pas une chose facile d'écrire noir sur blanc tout ce qu'on est plus capable de faire* ».

(Journal de terrain, 2016)

Si ce travail de redéfinition de son identité doit opérer pour tous les types de handicap, il semble se jouer de façon très forte pour les troubles psychiques qui font l'objet de stigmatisation, d'une confusion entre « impossibilité d'agir » et « mauvaise volonté » de la personne, et ce de façon variable dans le temps et donc avec un espoir de pouvoir à nouveau accomplir ces actes dans sa vie. Faire une demande et ce pour des limitations les plus importantes, dans les moments les plus difficiles, peut aussi être perçu comme une projection pessimiste dans l'avenir, où la situation ne s'améliorerait pas. Si cette approche est défendue par les professionnels qui accompagnent la rédaction des demandes à la MDPH afin de prévoir des solutions adaptées pour la personne, cela peut également mener à une projection figée dans un statut de personne handicapée, auquel il est difficile de se confronter. Deux enjeux ressortent : d'un côté, un enjeu identitaire pour les personnes et de l'autre, obtenir des compensations, adaptées à de potentielles périodes difficiles. Cet enjeu se pose pour les professionnels qui veulent apporter une réponse qu'ils jugent appropriée. Il intervient également pour les personnes qui font la demande à la MDPH pour obtenir du soutien.

Ces spécificités des troubles psychiques nous ont également été décrites par les professionnels de la MDPH. La variabilité des troubles dans leurs manifestations, temporalités et impacts sur la vie des personnes, implique un rapport particulier au poids du diagnostic dans l'évaluation du handicap. En effet, pour un même diagnostic, les conséquences sociales vécues par les personnes peuvent-être très différentes. Pour évaluer le handicap des personnes, la MDPH dans laquelle nous avons enquêté s'appuie sur un binôme de professionnels : un médecin et un travailleur social.

« Après, l'équipe de base, en termes d'évaluation, c'est une équipe médecin - travailleur social, ou médecin – ergothérapeute. Médecin, parce qu'on a besoin d'éclairage sur les conséquences de la pathologie. Par exemple, pour la schizophrénie, on va prendre cet exemple-

là, qu'est-ce qu'on doit examiner comme retentissement ? Quelles sont les altérations et les limitations que ça entraîne ? En sachant qu'une schizophrénie ou une autre n'entraîne pas les mêmes altérations. On sait qu'il y en a qui pourraient travailler, qui peuvent peut-être travailler un tout petit peu et d'autres où ça sera complètement impossible de travailler. Je pourrai prendre l'exemple des bipolaires, plutôt, sur le champ du handicap psychique, où on sait qu'il y a des bipolaires qui travaillent et on sait qu'il y en a pour lesquels le retentissement sera tellement important qu'ils ne seront pas capables de travailler. Donc, automatiquement, la réponse de compensation ne va pas être la même. » (Professionnel MDPH)

Chaque professionnel du binôme apporte son expertise pour évaluer les manifestations de la maladie et leur impact sur la vie de la personne, au regard de son environnement et de ses projets. Dans les propos de la direction de la MDPH, cette double expertise permet de prendre en compte la situation globale de la personne et l'interaction entre les dimensions médicales et sociales.

« La première équipe, c'est le médecin, parce que le médecin va nous apporter sur ce qu'on doit examiner comme retentissements et puis le travailleur social parce qu'on est dans l'approche globale de la situation. Donc, on va voir quels sont les freins, les obstacles, à la vie sociale, à la vie quotidienne, liés au handicap. Quels sont les freins qui ne sont pas liés au handicap, quels sont les freins liés au handicap. » (Direction, MDPH)

Il est dit de cette équipe qu'elle doit évaluer « quels sont les freins qui ne sont pas liés au handicap », mettant ainsi à distance, conformément à la loi de 2005, le handicap « social ». En effet, certaines demandes sont écartées, car les professionnels les évaluent comme ne relevant pas du champ du handicap.

« Vous avez des situations, parfois, où vous vous dites que ça ne relève pas du champ du handicap ?

Oui, bien sûr ! Nous, on en a plein qui nous arrivent, des situations qui ne sont pas des situations de... tous les jeunes qui sont en difficultés scolaires font des demandes ! Les jeunes, beaucoup, maintenant, de plus en plus de jeunes qui arrivent en Première, ont peur de ne pas avoir leur Bac et qui veulent des aménagements d'examens. Ah oui, oui... On est drastiques ! (rires et plaisanteries) » (Focus Groupe- Professionnels MDPH)

Cette méthode s'inscrit dans une conception du handicap comme étant l'interaction entre des caractéristiques individuelles et un environnement. Elle cherche à identifier les « situations » de handicap. Dans ce contexte, le diagnostic et les éléments médicaux sont définis comme nécessaires mais secondaires.

« Il n'y a pas le primat de l'expertise médicale pour pouvoir déterminer si une personne rentre dans le champ du handicap ou pas. Ça, c'est une des grandes nouveautés, si je puis dire, de la loi de 2005 parce que CDAS, COTOREP, on était plutôt dans une logique diagnostic, taux d'incapacité, ouverture de tels droits. » (Professionnelle, équipe évaluation, MDPH)

Cette démarche est parfois compliquée, selon les professionnels, notamment dans le cas de handicaps psychiques, que ce soit pour le recueil de données médicales ou pour des éléments relevant du projet et de l'environnement de la personne.

Tout d'abord, concernant les informations médicales, celles-ci peuvent être très sommaires, lorsqu'elles sont complétées par un médecin généraliste et parfois même par les psychiatres, notamment concernant les limitations concrètes engendrées par les troubles. Dans ce cas, les professionnels de la MDPH sont amenés à demander des informations complémentaires, pouvant ralentir le traitement du dossier.

« On a une pièce obligatoire qui est le certificat médical, mais qui n'est pas forcément toujours bien rempli... qui est rempli par le généraliste du coin, qui ne connaît pas la personne... Les délais d'attente sont tels il y a cette réalité-là aussi, il y en a qui sont accompagnés par le psychiatre, mais le temps qu'ils voient le psychiatre, ils préfèrent aller voir le médecin généraliste du coin, voire même, je pense que c'est la psy qui dit : « va voir ton médecin traitant parce qu'on n'a pas le temps ». Et du coup, voilà, on n'a pas, non plus, les éléments. Et puis, il y a cette réalité aussi : les psychiatres, il y en a de moins en moins. Du coup, c'est vrai qu'ils ne connaissent pas forcément aussi bien leur patientèle qu'avant et, des fois, dans les certificats médicaux, entre ce qu'ils nous écrivent et puis, ce qu'ils cochent dans les retentissements, c'est incohérent, ça ne se corrobore pas. Donc, du coup, il faut qu'on fasse des investigations supplémentaires. » (Professionnel de la MDPH)

Les demandes des personnes peuvent également apparaître comme peu claires pour les professionnels de la MDPH. Dans certains cas, les personnes qui complètent le dossier cochent tous les types de demandes, parfois sans développer la partie « projet de vie » du dossier. Sans demande principale, toutes les requêtes doivent être examinées. Cette situation est décrite comme particulièrement fréquente pour les dossiers relevant du handicap psychique. Un autre type de situation problématique nous est décrit concernant le handicap psychique : la place de la personne concernée dans la rédaction du dossier de demande. Il apparaît en effet très fréquent que ce soit un proche ou un professionnel qui réalise la demande, parfois sans la personne concernée. Cette situation nous est racontée par des professionnels de la MDPH, avec un exemple de dossier récent, pour une demande de renouvellement d'AAH effectué par la mère d'un jeune homme sans domicile fixe.

« On a eu une situation qui nous a, pas mal perturbées, sur un jeune en errance dont le dossier a été fait par la maman, un renouvellement d'AAH. Certificat médical fait par le médecin sans voir la personne. La maman nous disant : « mais moi, je ne le vois jamais, mais en même temps, s'il n'a pas ces droits-là, qu'est-ce qu'on fait ? » On s'est interrogé à savoir comment faire, jusqu'où on va. On s'est même dit, si ça se trouve, il est dans le congélateur, il est mort et puis la mère continue à toucher l'AAH ! Et avec rien qui nous donne le positionnement de ce jeune-là, sachant que la maman, peut-être que le seul moment où elle le voit, c'est pour ce problème-là, le dossier. Donc, ça a été compliqué, cette situation-là parce que, en même temps, ouvrir des

droits sans voir la personne en s'interrogeant sur quel projet il a, comment on peut l'aider, quel est le soutien qu'il a. On a essayé d'investiguer le plus possible. » (Professionnel de la MDPH)

Dans cette situation, c'est à la fois la question de la situation médicale, mais aussi celle du projet de la personne qui est mis en avant comme posant problème. Au-delà du droit à l'allocation, les professionnels s'interrogent sur la manière d'aider ce jeune homme « en errance », sur les autres aides potentielles dont il peut bénéficier. C'est là un autre élément important qui nous est présenté par les professionnels de la MDPH : les équipes d'évaluation regardent les demandes qui sont faites, mais élaborent également des recommandations lorsque d'autres droits pourraient être ouverts et leurs semblent convenir à la situation.

La nature même du handicap psychique interroge les professionnels sur leur méthode de travail. En effet, certaines personnes, du fait de leurs troubles psychiques, ont des difficultés par exemple à gérer leurs démarches administratives. Or, ce sont des compétences nécessaires à l'élaboration d'un dossier à la MDPH pour compenser ces difficultés. Dans le cas où les personnes sont incitées à déposer un dossier à la MDPH par un professionnel, on peut supposer qu'elles sont susceptibles d'être accompagnés dans la rédaction et le suivi de leur demande (comme nous l'avons observé avec les assistantes sociales de secteur ou encore des professionnels de la mission locale). Mais cela pose question pour les personnes qui font partie des « invisibles sociaux », sans formation, emploi et sans accompagnement d'aucune sorte.

« Il y a plein de situations qui n'arrivent pas à la MDPH ! Les gens isolés, je pense qu'on ne doit pas les voir ici. Ceux qu'on voit ici, sont accompagnés. »

Les situations décrites comme complexes à la MDPH concernent en grande partie des handicaps psychiques. Elles amènent les professionnels à s'interroger sur leurs pratiques et parfois à les modifier (par exemple, à ne pas solliciter de rencontre le matin pour des personnes chez qui des troubles psychiques sont suspectés).

Ainsi, concernant l'exemple cité ci-dessus du jeune homme sans domicile fixe dont la mère effectue une demande de renouvellement d'AAH, les professionnelles disent-elles :

« Et en même temps, on a aussi en tête que le handicap psychique fait que les personnes ne sont pas présentes aux rendez-vous médicaux, etc. et qu'il ne faut pas forcément avoir une approche, je dirai, bête et méchante de l'application des textes. Il faut aussi être en capacité d'avoir une certaine ouverture d'esprit. Donc, là, on tire des bords entre les deux. Toujours dans le respect du droit des personnes. Je crois que c'est ça qui nous guide. On le sait, cette personne-là relevait de l'allocation pour adulte handicapé, des éléments anciens, de cinq ans avant. Et encore, les éléments de cinq ans avant, c'est pareil, hein ! Le certificat médical... mais on se dit : « quand même... c'est quand même un droit à l'AAH » C'est un droit à l'AAH pour une personne, il faut qu'on vérifie un certain nombre de choses, quand même, mais avec toute la complexité de

ce public-là. » (Professionnel de la MDPH)

Concernant cet exemple de situation problématique, un autre fait intéressant peut-être signalé : ce sont des troubles somatiques associés aux troubles psychiques qui ont permis de résoudre la situation. En effet, la problématique somatique étant irrémédiable, et justifiant une attribution d'un taux de handicap élevé, l'AAH a pu être attribué à la personne sans que celle-ci n'est fait la démarche elle-même de renouvellement de son certificat médical et de son dossier. Cette situation n'est pas exceptionnelle selon les professionnels. Nos matériaux de terrain, que ce soit les dossiers de demandes que nous avons observés ou bien les entretiens, recourent cette affirmation. Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, 17 ont effectué une demande à la MDPH, dont 4 d'entre eux en présentant des raisons somatiques.

1.2 Quelles offres et quelles demandes ?

Dans ce second point, nous nous intéressons aux types de demandes qui sont faites à la MDPH pour des personnes avec un handicap psychique. Ce texte ne reprend pas de manière exhaustive les dispositifs relevant du champ du handicap, mais ceux qui font le plus souvent l'objet de demandes et d'attributions dans la MDPH de notre territoire de recherche. Il vise à examiner quels sont les dispositifs mobilisés et dans quelles situations. Nous utilisons ici les données recueillies dans les entretiens avec les jeunes et les professionnels, mais également quelques micro-statistiques issues de notre analyse de dossiers de demande à la MDPH.

1.2.1 Dispositifs relatifs à la scolarité

Les dispositifs relatifs à la scolarité dans le champ du handicap s'appuient sur plusieurs textes de lois et philosophies. Alors que dans les années 1960, les établissements privés et section d'éducation spécialisés pour l'Education Nationale se développent, la loi du 30 juin 1975 affirme l'importance dans la scolarité pour tous les enfants handicapés, en priorité en milieu ordinaire. En parallèle des services d'éducation spécialisés (institutions du champ médico-social), des dispositifs en milieu ordinaire se développent au cours des années 1990 : les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) pour le niveau maternelle et primaire sont mises en place à partir de 1991 et des Unité Pédagogiques d'Intégration (UPI), pour le second degré en 1995.

La loi du 11 février 2005 réaffirme le droit de tout élève handicapé à être scolarisé en milieu ordinaire. Concrètement aujourd'hui, l'offre scolaire peut être présentée en trois catégories : la scolarité au sein de services médico sociaux, la scolarité en milieu ordinaire, collective ou individuelle.

Les jeunes avec un handicap peuvent être scolarisés au sein d'institutions médico-sociales telles que des Instituts Médico-Educatifs (IME) ou des Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP). En 2010, la part des élèves avec un dossier à la MDPH scolarisés dans ce type d'institution est de 28% (Ville, Fillion, Ravaud, 2016). La part des élèves scolarisés en milieu ordinaire a en revanche augmenté de 33% entre 2005 et 2010 (Blanc, 2011).

Il existe trois dispositifs dits « collectifs de l'école ordinaire ». Les CLIS sont destinés à des élèves du premier degré. Il existe différentes CLIS, selon le type de handicap des enfants : -CLIS 1 pour les troubles des fonctions cognitives ou mentales –CLIS 2 pour le handicap cognitif – CLIS 3 pour le handicap visuel – CLIS 4 pour le handicap moteur. Ce dispositif appliqué dans le degré secondaire est nommé « Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS). Les ULIS sont destinées selon la circulaire du ministère de l'Education Nationale n° 2010-088⁷⁵ à des jeunes « *dont l'état de santé ou la situation de handicap peuvent générer une fatigabilité, une lenteur, des difficultés d'apprentissage ou des besoins pédagogiques spécifiques* ». Il existe également pour le collège des Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA) pour des jeunes qui « présentent des difficultés scolaires graves et persistantes et ne maîtrisant pas les compétences attendues à la fin de l'école primaire » (Ville, Fillion, Ravaud, 2016). Selon le « Rapport Blanc », un élève sur trois scolarisé en milieu ordinaire est inscrit dans un dispositif collectif (Blanc, 2011).

Enfin, la scolarité des élèves handicapés peut également se faire en milieu ordinaire et partager la classe de jeunes ayant ou non un handicap. Cette modalité de scolarisation est qualifiée « d'individuelle en milieu ordinaire ». Les élèves peuvent avoir une aide matérielle (par exemple informatique) ou humaine (une Auxiliaire à la Vie Scolaire- AVS- par exemple). Deux élèves sur trois avec une reconnaissance institutionnelle d'un handicap scolarisés en milieu ordinaire le sont de façon individualisée.

Les jeunes que nous avons rencontrés sont nombreux à nous avoir raconté des difficultés scolaires, en relation avec leur problème de santé psychique. Ainsi, presque tous les jeunes racontent avoir eu des difficultés à suivre une scolarité en milieu ordinaire et ce pendant plusieurs mois voire années. Ils sont 13 sur 39 à avoir suivi une scolarisation à distance (par le CNED⁷⁶) du fait de troubles psychiques.

⁷⁵ Circulaire du ministère de l'Education Nationale n°2010-088 du 18-6-2010 « Dispositif collectif au sein d'un établissement du second degré ».

⁷⁶ Plus de précision sur ce point dans le chapitre 5 de cette thèse.

On peut donc considérer qu'ils étaient en situation de handicap selon la définition de la loi de 2005⁷⁷. Pourtant, ils sont très peu à avoir mobilisé des dispositifs relevant du champ du handicap. Ainsi, seulement deux jeunes sur 39 ont effectué une demande à la MDPH pour un dispositif scolaire : Xavier et Louise. Dans les dossiers de demande à la MDPH que nous avons étudiés, 16 personnes sur 68 ont eu une orientation vers un dispositif scolaire : 2 ont une AVS, 10 une orientation dans un établissement spécialisé (IME/IMPro, Itep) et 5 une orientation en milieu collectif ordinaire (CLIS, ULIS, SEGPA).

Ce sont des jeunes pour lesquels des troubles sont qualifiés dès l'enfance en majorité. Pour certains, la qualification de leurs déficiences évolue dans le temps : certains passent de troubles du comportement ou déficiences intellectuelles à des déficiences psychiques. Sur les 16 personnes, 6 ont un diagnostic de Schizophrénie au moment où nous examinons les dossiers. Nous émettons deux hypothèses relatives à ces données : la première concerne la période historique au cours de laquelle ces inscriptions dans les dispositifs ont été réalisées : une grande partie de ces demandes remontent à avant 2005, c'est-à-dire à une période où les déficiences psychiques étaient prises en charge dans le champ du handicap mais de façon plutôt informelle (ainsi le type de handicap n'est pas qualifié de psychique à cette époque). En effet, historiquement, la prise en charge de la vie sociale des malades psychiques s'est construite dans le champ de la psychiatrie. Une autre hypothèse porte sur l'incertitude des troubles psychiques au moment de la jeunesse qualifiée par le champ médical. Les réticences des médecins et psychiatres à poser un diagnostic chez des enfants et adolescents explique que la pathologie qui génère le handicap ne soit nommée que plus tard dans la trajectoire.

Autre fait marquant, 4 d'entre eux étaient suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance au moment de leur demande à la MDPH. Malgré le faible nombre des dossiers que nous avons étudié, cette information nous semble pertinente car elle recoupe des données d'autres enquêtes sur la place importante des jeunes avec un suivi ASE dans les institutions médico-sociales. La recherche menée par Melaine Cervera et Audrey Parron sur les parcours de jeunes accompagnés en Itep montre par exemple que sur les 426 dossiers de jeunes en Itep étudiés, 44% ont un suivi par l'ASE en parallèle (Cervera, Parron, 2016). La prise en charge par les services sociaux favorise le passage vers d'autres accompagnements institutionnels dont ceux relevant du champ du handicap.

Il nous semble également intéressant de regarder, en creux, l'absence de demande de reconnaissance institutionnelle d'un handicap pour des jeunes dont la scolarité est interrompue pendant plus d'un an du fait de troubles psychiques. L'incertitude qui entoure les troubles psychiques et leur évolution nous semble jouer un rôle dans ce non recours aux dispositifs du handicap : les jeunes et leurs familles ont l'espoir d'une amélioration de la situation et testent différentes solutions avant

⁷⁷ Ils subissent une limitation d'activité, de participation à la vie sociale normée, du fait de troubles psychiques.

de recourir à ce type d'offre. Mais un autre élément nous semble déterminant : l'offre pour l'inclusion scolaire des jeunes avec des troubles psychiques s'est construite en dehors du champ du handicap. Ainsi les dispositifs existants sont décrits comme peu appropriés aux situations que rencontrent les jeunes avec des troubles psychiques⁷⁸. Un cas rencontré dans l'exploration des dossiers de la MDPH nous paraît toutefois intéressant pour illustrer cette hypothèse : une jeune femme demande à 13 ans à entrer en ULIS. Sa demande est refusée par la MDPH qui estime son niveau scolaire trop important au regard de ce qui est proposé dans ce dispositif. Aucune autre préconisation n'est élaborée.

1.2.2 Allocations

Il est possible sous certaines conditions de percevoir une allocation de la MDPH. Avant 20 ans il s'agit de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) et après 20 ans de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

L'AEEH est versée aux parents dont les enfants ont un taux de handicap évalué entre 50 et 80%. Un complément AEEH peut être délivré lorsque la situation de handicap amène un parent à limiter ou cesser son activité professionnelle, lorsqu'une tierce personne est embauchée ou enfin dans le cas où des frais importants sont engagés en lien avec le handicap de l'enfant. Le montant de l'AEEH de base est de 131,21 euros et celui de l'AEEH cumulé avec le complément, pour le plus fort niveau de handicap et un parent isolé, est de 1696,22 euros⁷⁹.

L'AAH est versé lorsque le taux de handicap des personnes est supérieur à 80% ou se situe entre 50 et 80% et s'ajoute à une « Restriction Substantielle et Durable d'Accès à l'Emploi » (RSDAE). L'AAH est versée sous conditions de ressources des membres du foyer. Pour une personne avec une RSDAE, un taux entre 50 et 80%, célibataire et qui n'a aucune ressource, le montant de l'allocation est de 900 euros. Lorsque le taux de handicap est évalué à plus de 80% et la capacité de travail inférieure à 5%, il est possible d'avoir un complément AAH d'un montant de 179,31 euros⁸⁰.

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, 17 sur 39 avaient effectué une demande d'AAH. Aucun n'avait été concerné par l'AEEH. Dans les 68 dossiers que nous avons analysés, les demandes d'allocation sont une part importante des demandes. Si l'on regarde en effet les objets et les attributions pour les premiers dossiers de demande déposés à la MDPH, l'AAH représente 26% des

⁷⁸ Dans le chapitre 5 de cette thèse, nous présentons le panel de l'offre scolaire pour des jeunes avec des troubles psychiques et analysons les déterminants de la mobilisation des différents dispositifs.

⁷⁹ Données au 26 novembre 2019.

⁸⁰ Données au 26 novembre 2019.

dispositifs alloués⁸¹. L'AAEH représente 12% des dispositifs accordés dans la première demande des 68 dossiers examinés.

Grâce aux entretiens auprès de jeunes et de professionnels, nous avons pu recueillir des éléments concernant la demande d'AAH par des jeunes personnes avec des troubles psychiques. Nous avons identifié différentes postures des professionnels face à l'AAH. Lorsque l'impossibilité de travailler du fait du handicap est reconnu par les professionnels, l'attribution de l'allocation ne fait pas débat. Elle doit permettre à la personne d'avoir un minimum de ressources pour subvenir à ses besoins.

« En général, il y a AAH, souvent quand même, en tout cas psy, il y a AAH. Je caricature peut-être un peu mais moi, de ce que je vois, il y a AAH. L'AAH, ce n'est pas une finalité, d'accord. Mais moi, je bosse aussi là-dessus. S'il n'y avait pas, c'est la société aussi qui reconnaît que ce n'est pas simple pour vous, que ce n'est pas simple par rapport à ça, que vous n'avez pas choisi cette pathologie-là et qui fait que voilà. On ne vit pas bien, d'accord ! Mais ça permet en tout cas de construire différemment sa vie et d'essayer... C'est aussi de travailler là-dessus pour se dire qu'il y a le moyen aussi peut-être de trouver sa place différemment. Parce que je trouve que c'est hyper stressant de dire qu'il n'y a que l'emploi, pour trouver une place quand on a un handicap comme celui-ci, qu'on est jeune. Je trouve que c'est... ! C'est vrai, c'est antinomique. Déjà, j'ai du mal à gérer tout le stress et... Et il va falloir bosser en plus pour trouver ta place ! C'est hyper anxiogène. » (Conseiller Cap Emploi)

En revanche, lorsque l'impossibilité de travailler n'est pas qualifiée, deux postures professionnelles s'opposent. La première présente l'AAH comme un dispositif temporaire, devant permettre aux personnes de chercher du travail sans avoir le frein des difficultés financières. Cette posture s'intègre dans une approche globale de la personne et du handicap.

« Moi, je pense qu'il faut donner l'AAH. Moi, je donnerais un minimum à tout le monde alors, c'est une autre question. Moi, je présente toujours l'Allocation Adulte Handicapé comme un moyen d'avoir un minimum de ressources pour avoir le temps de travailler un projet adapté. C'est vraiment le discours que j'ai avec tous les jeunes en disant : « Ce n'est pas des ressources pour vivre, c'est des ressources pour vivre le temps de travailler un projet parce qu'on sait qu'avec vos difficultés, le projet, il va demander plus de travail que pour quelqu'un qui n'a pas de difficulté. » Qu'il y ait une AAH pour un ou deux ans, ça ne me choque pas du tout et je comprends qu'on réévalue au bout d'un an : est-ce que l'AAH a permis de travailler un projet ? Est-ce que là, on a un peu plus d'éléments sur on sait qu'il va pouvoir travailler ou pas ? Et du coup, ça m'arrive de faire des nouvelles demandes au bout de deux ans en disant : « Là, on a fait telle chose et telle chose. On n'y est pas arrivés et on sent que l'AAH va être nécessaire encore plusieurs années », ou alors : « Il nous faut un an et à réévaluer parce que le projet est bien en cours mais quand même là, il ne va pas pouvoir gagner sa vie tout de suite. » (Assistante sociale de CMP)

Pour ces professionnels, l'AAH doit permettre non seulement de travailler sur un projet professionnel, mais également de travailler sur l'autonomie de façon plus globale, et notamment sur l'accès à un logement autonome. Leur démarche se veut progressive, pour un public avec des

⁸¹ Sur 161 dispositifs dont le bénéfice est accordé à 68 demandeurs, l'AAH est accordé 42 fois.

difficultés multiples ardues à affronter de front toutes à la fois.

« C'est sûr qu'on n'a pas tous le même positionnement là-dessus mais ça aide beaucoup, beaucoup, alors tant pour l'insertion professionnelle pour qu'ils aient le temps d'avoir un revenu qui leur permette de vivre mais avant ça, on a aussi souvent des jeunes qui ont besoin pour avoir une insertion professionnelle d'avoir une insertion sociale et qui ont besoin de gagner de l'autonomie pour que ça, ça roule en fait et qu'ils ne soient pas pris là-dedans parce que travailler ça et l'insertion professionnelle en même temps, ce n'est pas possible. On a des patients qui sont trop fragiles pour avoir autant de contraintes, autant de choses à faire en même temps. On a beaucoup de patients, de jeunes psychotiques où on va dire : « Ok ! Là, l'AAH, ça vous permet d'avoir assez de revenus pour avoir un logement donc, on travaille l'entrée dans le logement, l'aménagement du logement ; gagner en autonomie dans votre logement sur toutes les tâches quotidiennes ; connaître votre quartier ; savoir vous déplacer dans la ville... Et une fois que tout ça, ce sera bien, vous serez à l'aise pour travailler un projet professionnel. » Mais tout en même temps, c'est trop difficile. On a beaucoup de situations comme ça en fait.

[...] Et puis, on a beaucoup de patients qui se disent : « Mais si j'ai l'AAH, je ne vais pas pouvoir travailler. » Donc, il faut tout leur expliquer que non, ce n'est pas dans ce sens-là, c'est plutôt dans le sens inverse : « Si vous travaillez, vous n'aurez peut-être plus l'AAH, mais ce n'est pas bien grave. C'est l'objectif même. » » (Assistante sociale d'un CMP)

D'autres professionnels présentent une vision contraire de l'AAH. Pour eux, l'AAH est un risque pour le jeune : celui de l'enfermement dans un statut et de l'immobilisme social. Ainsi sont-ils très réticents à parler de l'allocation aux jeunes avec des troubles psychiques et en difficulté d'insertion qu'ils accompagnent. Ils incitent plutôt les jeunes à subvenir eux même à leurs besoins, avec une dimension morale plus ou moins implicite qui consiste à penser que des jeunes qui disposent de ressources financières arrêteront leurs démarches de recherche d'emploi. C'est le cas par exemple pour certains conseillers de mission locale que nous avons rencontrés.

« Ce n'est pas toujours aidant l'AAH. Parce que pour certains, ça les conforte en quelque chose, bon moi de toute façon moi j'ai l'AAH, je suis vraiment handicapée, je ne peux pas travailler. Et pour d'autres, ça ne leur montre vraiment pas non plus la réalité du monde qui les entoure. Comment dire ? Certains sont en capacité de travailler. C'est juste que voilà, ils n'ont pas forcément envie. » (Conseillère Mission Locale)

Ces extraits d'entretiens reflètent deux visions morales des aides financières, une première, sociale et basée sur un accompagnement global des personnes et une seconde individualiste, basée sur une logique d'activation. Ces points de vue divergent également dans le rapport à la « valeur » du travail. D'une part, travailler semble être un devoir vis-à-vis de la société dont il faut chercher à s'acquitter même si les conditions sont difficiles. D'autre part, l'aspect rédempteur du travail est remis en question, dans un contexte de pénurie de l'emploi, au profit d'autres activités sources de reconnaissance sociale (comme par exemple les activités de bénévolat qui sont souvent citées).

Les jeunes que nous avons rencontrés et qui ont déposé une demande d'AAH, décrivent une perception de cette aide comme un moyen de devenir autonome financièrement vis-à-vis de leurs parents, voire de répondre à une urgence sociale lorsqu'ils n'ont pas de soutien familial. S'ils parlent également de l'étiquette difficile à se voir accolé du « handicap », ils abordent également leur souhait de travailler, si possible en milieu ordinaire, pour s'en détacher et se rapprocher d'une norme sociale (travailler et avoir les ressources et le statut social associé à cette activité)⁸².

1.2.3 La Prestation de Compensation du Handicap

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH), créé en 2005, est une aide financière qui doit permettre de prendre en charge des dépenses liées au handicap. Elle est attribuée aux personnes qui ont moins de 60 ans au moment de la première demande (sinon, la demande est considérée comme relevant du champ des personnes âgées). Les personnes de moins de 20 ans doivent avoir une AEEH pour pouvoir bénéficier d'une PCH. Pour obtenir cette prestation, les personnes doivent être confrontées à une difficulté « absolue » ou à deux difficultés « graves » dans la réalisation d'activités. La PCH est définie dans le code de l'action sociale et des familles comme suit :

« Toute personne handicapée résidant de façon stable et régulière en France métropolitaine, dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du code de la sécurité sociale ou à Saint-Pierre-et-Miquelon, dont l'âge est inférieur à une limite fixée par décret et dont le handicap répond à des critères définis par décret prenant notamment en compte la nature et l'importance des besoins de compensation au regard de son projet de vie, a droit à une prestation de compensation qui a le caractère d'une prestation en nature qui peut être versée, selon le choix du bénéficiaire, en nature ou en espèces. » Code de l'action sociale et des familles, Article L 245-1 Modifié par LOI n°2015-1268 du 14 octobre 2015 - art. 7 (V)

Dans l'évaluation de la demande, le projet de vie de la personne entre en compte. Toutefois, cinq formes de l'aide sont définies et cadrent en partie les types de demandes selon des catégories institutionnelles : les aides humaines, techniques (achat de matériel), l'aménagement du logement, le transport (aménagement d'un véhicule ou prises en charge des déplacements supplémentaires liés au handicap), les aides spécifiques ou exceptionnelles.

La MDPH de notre territoire de recherche se décrit comme plus engagée que d'autres MDPH dans l'attribution de PCH pour des personnes avec un handicap psychique.

« Cette culture de prise en compte du handicap psychique a d'emblée été intégrée, aussi, dans l'évaluation des problématiques de conséquences de cette déficience psychique sur

⁸² Nous développons plus amplement cette idée dans les chapitres 6 et 7 de la thèse.

l'environnement de la personne quand s'est ouverte la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Quand bien même ailleurs, il se dit, pour partie à raison, parce que nos grilles d'évaluation sur la prestation de compensation du handicap sont formatées plus pour d'autres types de handicap que celui du handicap psychique, néanmoins, grâce à ce partenariat vivace et cette préoccupation de la prise en compte du handicap psychique, bien avant la création des MDPH, on peut quand même dire que l'on fait entrer dans les grilles de la PCH, plus de personnes souffrant de handicap psychique, peut-être qu'ailleurs, quand même. » (Direction MDPH)

La direction de la structure explique cette spécificité par une collaboration forte, avant la loi de 2005, entre les institutions psychiatriques et du handicap, impulsé par un ancien président de commission COTOREP, très sensible à la problématique du handicap psychique. Cette MDPH dit porter une attention particulière à la question de l'évaluation des conséquences des déficiences psychiques sur la vie quotidienne des personnes. L'institution a été engagée dans différentes expérimentations et groupes de réflexion sur le sujet⁸³.

Au cours des entretiens avec les jeunes, les parents et les professionnels, le dispositif de la PCH n'a jamais été abordé. Parmi les 68 dossiers que nous avons explorés, la PCH a été attribué deux, fois, l'une dans le cadre d'une première demande pour l'achat d'un ordinateur et l'autre au cours d'un second dépôt de dossier à la MDPH pour des surcoûts de transport et l'aide apporté par les parents dans les actes de la vie quotidienne. D'autres demandes de PCH ont été refusés (concernant des frais pour l'achat d'habits suite à une prise de poids dû au traitement médicamenteux pour une personne ou pour une autre, le financement de l'aménagement d'une voiture avec boîte automatique et du permis de conduire ou encore de frais de cours particuliers).

Ce faible nombre de demandes de PCH et son invisibilité dans les entretiens laisse à penser que cette prestation, malgré les propos des professionnels de la MDPH est peu pensée et mobilisée comme un dispositif relevant du handicap psychique par les personnes qui aident à la construction des dossiers et les familles.

1.2.4 Dispositifs relatifs à l'emploi

Les prestations relatives à l'emploi dans le champ du handicap sont nombreuses. Nous ne les présenterons pas ici en détail mais de façon générale afin d'appréhender l'offre existante et de penser la manière dont elles sont mobilisées.

⁸³ Bien que la description de ces expérimentations soit très intéressante par rapport à notre objet, nous ne les présenterons pas plus en détail, afin de préserver l'anonymat de notre territoire de recherche.

L'offre relative à l'emploi dans le champ du handicap s'étend de dispositifs protégés à une insertion en milieu ordinaire de travail.

Certains dispositifs sont qualifiés de « protégés ». C'est le cas pour les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) et les Entreprises Adaptées (EA). Pour avoir une orientation en ESAT, il faut être âgé d'au moins 20 ans (sauf exception décidés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées- CDAPH), et avoir des capacités de travail évaluées à moins d'un tiers de celles d'un travailleur non handicapé. Les personnes qui travaillent en ESAT à temps plein peuvent être rémunérées entre 55,7 et 110, 7% du SMIC⁸⁴. Les entreprises adaptées emploient elles 80% de travailleurs handicapés. Elles reçoivent en contrepartie des aides financières. Contrairement à l'ESAT, ce n'est pas une institution médico-sociale. Pour entrer en entreprise adaptée comme travailleur handicapé, il faut avoir une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) et une orientation spécifique de la CDAPH. Le recrutement par l'entreprise adaptée se fait ensuite sur proposition de pôle emploi, cap emploi ou de la mission locale⁸⁵. La rémunération en entreprise adaptée est au moins égale au SMIC.

La RQTH peut être délivrée aux personnes de plus de 16 ans « *dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique* »⁸⁶. La RQTH s'accompagne de trois orientations possibles : vers un ESAT, vers le marché du travail en milieu ordinaire ou encore vers un centre de rééducation professionnelle. La RQTH permet également de bénéficier du dispositif de plafond de l'emploi⁸⁷, de concours aménagés ou recrutements contractuels spécifiques pour accéder à la fonction publique ou encore d'aménagements des horaires et postes de travail. La RQTH doit également permettre un accompagnement spécifique pour la recherche et le maintien dans l'emploi via les services de Cap Emploi⁸⁸.

Parmi les 17 jeunes que nous avons rencontrés et qui ont déposé un dossier MDPH, 11 ont effectué une demande à la MDPH concernant l'emploi : 10 demandent une RQTH pour avoir une orientation vers un service de rééducation, pour avoir des aménagements de poste, bénéficier du plafond de

⁸⁴ Source : Code de l'action sociale et des familles : articles R243-5 à R243-10 , Consulté le 27 novembre 2019.

⁸⁵ D'autres conditions spécifiques permettent d'accéder à une entreprise adaptée, mais nous ne les détaillerons pas ici, car leur connaissance exacte n'est pas nécessaire à notre argumentation.

⁸⁶ Source : Code du travail : articles L5213-1 et L5213-2-1 , Consulté le 27 novembre 2019.

⁸⁷ Les entreprises de plus de 20 salariés ont une obligation d'emploi de 6% de travailleurs handicapés depuis la loi du 10 juillet 1987.

⁸⁸ Le dispositif de Cap Emploi est présenté plus en détail dans le chapitre de la thèse dédié à l'insertion dans l'emploi, dans la troisième partie de la thèse.

l'emploi ou avoir une orientation vers une entreprise adaptée. Un jeune encore a demandé après la RQTH, une orientation vers un ESAT.

Dans les dossiers de la MDPH, la RQTH concerne plus de 25% des premières demandes. Elle s'accompagne d'une seule orientation vers le milieu protégé du travail (pour un premier dépôt de dossier), de 5 orientations vers un centre de pré-orientation et de 22 orientations professionnelles. Les orientations vers le milieu protégé du travail apparaissent plus souvent au cours de nouvelles demandes à la MDPH. Ainsi, une demande d'orientation vers un ESAT apparaît dans 9 dossiers après au moins une première demande autre. Pour ces 9 personnes, on observe qu'elles ont reçues de multiples orientations vers d'autres dispositifs avant cette orientation.

Dans les entretiens, les jeunes sont réticents à s'orienter vers le travail en milieu protégé. Ils y sont parfois incités par des professionnels qui ont l'impression d'avoir testé de multiples dispositifs du milieu ordinaire sans succès. La RQTH est perçue par les jeunes de façon moins stigmatisante. Toutefois, ceux qui la demandent émettent des doutes quant à l'efficacité de ce dispositif pour les aider à trouver un travail. La demande qui semble se faire le plus aisément est celle de l'orientation vers un dispositif de pré-orientation dédié au handicap. Pour les professionnels de la mission locale que nous avons rencontrés, c'est un moyen de passer le relais de l'accompagnement soit parce que l'accompagnement dure sans réussite d'insertion dans l'emploi, soit parce qu'ils apprennent rapidement que le jeune a des troubles psychiques et qu'ils ne se sentent pas légitimes pour le suivre du fait de cette problématique de santé. Le dispositif est présenté comme un accompagnement vers l'insertion dans l'emploi renforcé et adapté aux spécificités des troubles psychiques que rencontrent les jeunes. Pour les jeunes que nous avons rencontrés et à qui ce dispositif a été présenté, il est décrit comme positif. Le dépôt de dossier à la MDPH qui est demandé pour accéder à ce dispositif est décrit plus comme une étape administrative pour bénéficier du service que comme un événement biographique. Pour ces jeunes, cette demande ne semble pas avoir d'impact sur la perception de leur identité. C'est le cas par exemple pour Marin et Mathéo⁸⁹.

1.2.5 Dispositifs relatifs au logement

Avec la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, les personnes avec des maladies psychiques vivant à l'hôpital sont moins nombreuses. Elles peuvent vivre dans leur propre logement, chez des proches ou dans des lieux de vie proposant un accompagnement spécifique, plus ou moins resserré, relevant du secteur sanitaire et médico-social. Dans le champ médico-social, les institutions qui constituent

⁸⁹ Voir la présentation d'extraits de leurs parcours dans le point 2.3 de ce chapitre 4.

également des lieux d'hébergement et plus globalement encore des lieux de vie, nécessitent une orientation par la MDPH. Parmi cette offre, il existe des Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) ou des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS). Leur accès est réservé aux personnes qui nécessitent un accompagnement important dans la réalisation d'actes de la vie quotidienne. Il existe également des Foyers de vie, pour lesquels il faut avoir un taux de handicap au moins à 50% mais une autonomie pour réaliser des activités dans la structure. L'accueil dans ce dispositif peut être temporaire. Il existe également des foyers de vie pour travailleurs handicapés, destinés aux personnes employées en ESAT.

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés qui ont fait une demande MDPH, 6 d'entre eux vivent chez leurs parents ou des proches, 11 vivent dans un logement autonome. Aucun n'habite dans un logement nécessitant une reconnaissance MDPH ou envisage d'effectuer une telle demande. Dans les entretiens réalisés avec les professionnels, ce type d'offre n'est jamais évoqué, y compris lorsque la situation de jeunes avec des troubles psychiques et sans domicile est abordée. Dans les dossiers de la MDPH observés, Deux personnes demandent un foyer d'hébergement dans leur premier dossier déposé à la MDPH. L'une des demandes est refusée et l'autre acceptée. Quatre personnes effectuent également une demande de foyer d'hébergement mais dans des renouvellements de dossiers à la MDPH. Parmi ces quatre personnes, trois obtiennent une orientation. Une demande est refusée car le niveau d'autonomie de la personne est estimé suffisant à la vie dans un logement autonome.

Ce type de dispositif est donc peu mobilisé chez les jeunes avec un handicap psychique. Nous émettons plusieurs hypothèses à cela. La jeunesse est une période de la vie durant laquelle les jeunes sont censés accéder à un logement autonome. Pour autant, une cohabitation familiale jusqu'à 25 ans n'est pas hors norme (Van de Velde, 2008). Nous supposons que les troubles puissent amener à prolonger cette période de cohabitation familiale. Autre élément d'hypothèse, ce type de dispositif apparaît particulièrement stigmatisant pour les jeunes et leur mobilisation est donc reculé à plus tard, afin notamment de ne pas s'engager prématurément dans une « carrière » de malade ou d'handicapé psychique. Notons que les quelques jeunes qui effectuent une demande de foyer d'hébergement dans les dossiers que nous avons observé, ont pour certains d'entre déjà vécue dans des institutions sociales ou médico-sociales (Foyers de l'enfance, IME), ou ont effectué une demande d'ESAT en parallèle, preuve du poids de l'entrée dans ce type de dispositif sur les parcours institutionnels qui s'en suivent. Par ailleurs, il existe d'autres dispositifs visant à aider les personnes à se maintenir dans un logement autonome, qui peuvent être mobilisés de façon intermédiaire à la vie en institution.

1.2.6 Dispositifs d'aide à la vie quotidienne

En 2005, de nouveaux dispositifs ont vu le jour dans le champ du handicap dont les Services d'Accompagnement à la vie Sociale (SAVS) et les Services d'Accompagnement Médico-social pour Personnes Handicapées (SAMSAH). Les SAVS « ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité »⁹⁰. Ce dispositif est destiné à des adultes handicapés dont il est évalué qu'ils ont besoin d'aide pour accomplir des actes de la vie quotidienne notamment sur des questions sociales et pour le maintien de leur autonomie en milieu ordinaire.

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, deux sont accompagnés par un SAVS, Xavier et Enzo. Ils habitent tous les deux dans un logement autonome. Dans les 68 dossiers étudiés, l'orientation SAVS/SAMSAH était inscrite dans 18 dossiers de première demande, c'est-à-dire dans 26% des dossiers. Les attributions de SAVS/SAMSAH dans des dossiers de renouvellement de demande se retrouvent ensuite dans 19 cas sur 68. Certaines personnes dont le SAVS/SAMSAH faisait l'objet d'une première demande ne sont pas dans les renouvellements, car leur orientation est toujours valable. Ce dispositif qui concerne plus d'un quart des dossiers observés semble important chez les jeunes. Compte tenu des éléments précédents sur la faible part des jeunes vivant en logement spécialisé et sur les difficultés décrites par les professionnels à gérer les activités du quotidien et le risque d'isolement social pour les personnes avec des troubles psychiques, la représentativité de ces recours semble possible. Si nous n'avons rencontré que peu de jeunes avec cet accompagnement, c'est en partie parce que 18 de ces 38 jeunes étaient encore en âge scolaire et habitaient chez leurs parents (pour 5 d'entre eux).

1.3 Les temps de la reconnaissance institutionnelle

Dans ce point, nous présenterons trois périodes du temps de la reconnaissance institutionnelle du handicap : l'amont de la demande (qui initie la demande, pour quelles raisons, à quels moments et quels sont les freins), le temps de l'évaluation (quelles sont les étapes, délais et variations) et l'aval de l'ouverture des droits aux dispositifs (quelles mobilisations des droits, freins à l'accès aux dispositifs).

⁹⁰ Source : article D312-162 du code de l'action sociale et des familles, Consulté le 27 novembre 2019

1.3.1 Déposer un dossier, le temps de la négociation

Concernant l'amont de la demande tout d'abord, cette période est intéressante car elle cristallise des tensions entre acteurs, quant à la nécessité et à l'impact du recours aux dispositifs du champ du handicap. Une partie des acteurs se positionne de manière prudente vis-à-vis du recours à ce champ, afin de ne pas enfermer les jeunes dans une carrière institutionnelle. Toutes les aides existantes dans le milieu ordinaire sont alors testées. Les psychiatres que nous avons rencontrés se sont montrés globalement ouverts à la question de la sollicitation de dispositifs dans le champ du handicap. Toutefois certains se sont montrés méfiants à l'égard du risque de filière que peut engendrer une première reconnaissance institutionnelle du handicap. Ils tentent alors de mobiliser des ressources du milieu ordinaire pour limiter les restrictions de participation à la vie sociale.

« Pour ce qui concerne la question de la filière, et d'entrer dans les circuits du handicap psychique, moi, je trouve que finalement, il y a des jeunes pour lesquels on va être le seul repère. Mais que ça suffit en fait à faire un petit lien qui leur permet de trouver comment faire dans les études... par exemple, trouver des tiers-temps, passer par le CNED, avoir des activités ou quand ils ont des phobies sociales, parce que souvent, c'est ça, c'est des phobies sociales. Ils vont quand même réussir à se maintenir dans les études avec l'appui d'un psychiatre à l'extérieur, et euh... des aménagements sur les endroits qu'ils peuvent fréquenter, repérer ce qui les persécute le moins. On évite beaucoup de décrochages, quoi ! » (Psychiatre d'un service pour étudiants)

D'autres professionnels ont une vision plus souple et réversible du champ du handicap et décrivent le recours à ces dispositifs comme un appui temporaire qui peut permettre de retourner ensuite vers le milieu ordinaire⁹¹. Cette posture a été beaucoup observée chez les assistantes sociales que nous avons rencontrées, mais également chez des psychiatres.

« [Sur l'AAH] Un certain nombre en ont besoin même parfois temporairement pour avoir un peu de temps justement. » (Psychiatre d'un service pour jeunes)

Nous retrouvons également cette approche chez des professionnels de mission locale, mais vis-à-vis de certains dispositifs en particulier : les dispositifs d'orientation professionnelle spécifiques au handicap ou encore la RQTH. Pour la RQTH, les professionnels de l'insertion précisent que le jeune pourra s'en servir ou non, mais qu'elle permet d'avoir des adaptations si besoin. Concernant ces deux dispositifs, les professionnels de la mission locale apparaissent comme des acteurs clés dans l'orientation vers la MDPH. Ils présentent les dispositifs aux jeunes et les orientent vers une référente en interne qui pourra les aider à compléter le dossier. Les assistantes sociales apparaissent également comme des actrices très présentes dans la construction de dossiers de demandes à la MDPH. Dans les 68 dossiers que nous avons pu observer, ces professionnelles sont très souvent citées (notamment

⁹¹ Nous reviendrons en détail dans la suite du chapitre sur cette posture avec pour illustration le rapport à l'AAH.

pour la rédaction des projets de vie, en soutien de la personne concernée). Ce résultat recoupe celui de l'enquête « Trapsy » menée par Florence Weber et son équipe de chercheuses sur les trajectoires de la psychiatrie vers le handicap psychique (Weber (dir), 2017).

Les professionnels du champ social semblent également très actifs dans l'initiation de demandes pour raisons financières. Un point de tension semble exister entre certains professionnels du soin et ceux du social concernant cet objet d'initiation de demande. Au cours de nos observations dans une mission locale, nous avons en effet été témoin de discussions concernant la constitution problématique d'un dossier pour une demande d'AAH chez une jeune personne. Les conseillers de mission locale à l'initiative de cette orientation du jeune vers la MDPH étaient bloqués dans leur accompagnement par un refus du psychiatre référent du jeune, de réaliser un certificat médical pour le dossier de demande.

« Je me rends un matin à la mission locale pour observer une réunion à laquelle je suis invitée. Cette réunion est un temps d'échange entre des professionnels d'une équipe mobile de psychiatrie de la ville et des conseillers de la mission locale qui viennent présenter des situations d'accompagnement problématiques du fait de troubles psychiques chez les jeunes. Avant le début de la réunion, quelques premiers conseillers arrivent. La personne qui m'a invité à me joindre à la réunion me présente à ses collègues et leur expose le sujet de la recherche, notamment notre intérêt pour la constitution des dossiers MDPH. Les conseillers se mettent alors, en écho à mon sujet, à parler d'une situation d'un jeune qui leur pose problème actuellement par rapport à une demande à la MDPH: un jeune inscrit en garantie jeune mais bientôt arrivé en fin de dispositif, risque de se retrouver dans une très grande précarité financière. Au vu du profil de ce jeune, les professionnels craignent qu'il ne se retrouve à la rue lorsqu'il n'aura plus l'allocation de garantie jeune, son seul, petit, filet de sécurité financière. Ce jeune a des problèmes de santé psychique et il est suivi par un psychiatre en CMP. Les conseillers de mission locale ont incité le jeune, au vu de sa situation sociale, de ses problèmes de santé et de sa difficulté à s'insérer dans l'emploi après une période d'un an d'accompagnement renforcé, à effectuer une demande d'AAH à la MDPH, ce qu'il a accepté. Mais au moment de la discussion, alors que tout le dossier est complété, il manque encore le certificat médical. Le psychiatre du jeune refuse en effet de le rédiger car il considère que cette personne est en mesure de travailler. Les professionnels échangent au moment de la réunion sur leur nouvelle stratégie : ils ont conseillé au jeune d'aller voir un médecin généraliste pour lui demander de compléter le certificat médical. »

Journal de terrain, Enquête en mission locale

Le récit de cette situation nous semble particulièrement riche. Il montre d'une part le poids du social dans l'initiation de demandes de reconnaissance institutionnelle d'un handicap. En effet, ce sont les difficultés financières du jeune qui motivent les professionnels à lui parler de l'AAH et à l'accompagner dans la constitution du dossier. Ce résultat fait écho à la recherche Trapsy qui identifie les revenus comme une modalité d'entrée dans le handicap (Weber (dir), 2017). D'autre part, il est

révélateur des tensions qui peuvent exister entre professionnels du soin et du social. Enfin, il révèle une stratégie de contournement de la part des professionnels du social du pouvoir médical, pour pouvoir soutenir une demande à la MDPH. Là encore, ce résultat se retrouve dans la recherche Trapsy, qui met elle en évidence un effacement de cette tension avec la montée en âge des personnes psychiatisées (Weber (dir), 2017).

La temporalité des demandes qui concernent un dispositif financier coïncide, pour les jeunes sans soutien familial, avec la fin des aides possibles dans le secteur social. Ainsi, la fin d'un contrat jeune majeur ou du dispositif garantie jeune est dans plusieurs situations observées, la période de préparation d'une reconnaissance institutionnelle d'un handicap.

Si l'initiative d'un dépôt de dossier peut entraîner un débat sur sa pertinence entre les professionnels, cela peut également être le cas entre les jeunes et leurs familles. Pour les jeunes, la mobilisation de dispositifs du champ du handicap est repoussée tant qu'ils peuvent rester en milieu ordinaire, mobiliser une autre offre. L'étiquette du handicap leur renvoie une image figée, un caractère de gravité, dans lequel ils ne se reconnaissent souvent pas. C'est ce qu'exprime par exemple Maeva, lorsqu'elle explique ne pas faire de demande à la MDPH car ces difficultés sont passagères.

« Tu as déjà fait une demande à la Maison départementale des personnes handicapées ?

Non. Parce que déjà avant d'arriver ici, j'avais toujours du mal à accepter que j'étais en dépression. Et au final bah là aujourd'hui je l'accepte et je sais que je suis toujours en dépression mais que je suis en train de m'en sortir. Donc je suis sur une bonne voie. Mais c'est vrai que c'est vraiment qu'un handicap psychologique en fait enfin c'est quelque chose qui va passer c'est pas quelque chose qui restera. Et j'en voyais pas vraiment l'intérêt. » (Maeva, 17 ans)

Certains professionnels rencontrés, lorsqu'ils considèrent que les difficultés du jeune nécessitent un accompagnement spécialisé, effectuent alors un travail pour d'une part atténuer l'aspect stigmatisant de la reconnaissance du handicap (en indiquant par exemple qu'ils ne sont pas obligés de présenter leur RQTH à leur employeur si la situation d'emploi se passe bien) et d'autre part présenter la mobilisation de dispositifs comme pouvant être temporaire (en précisant que l'ouverture des droits à une durée limitée et qu'ils n'auront peut-être pas besoin de renouveler la demande par la suite).

« Je les aide surtout à les rassurer sur le fait que cette démarche ne leur met pas un tatouage sur le front : « handicapé » quoi, pour la vie. Je leur explique : c'est travailleur handicapé, c'est pas handicapé. C'est-à-dire, on reconnaît des problèmes de santé pour travailler dans des conditions habituelles. Donc, il faut qu'on trouve des emplois où on fasse un peu attention à la

santé, quoi. Je leur explique ça. Et je leur explique surtout qu'ils ne sont pas obligés de le dire s'ils ont la RQTH. » (Professionnelle de Mission Locale)

Certains jeunes que nous avons rencontrés s'approprient ce discours et sur la base de cette nouvelle vision, acceptent d'effectuer une demande à la MDPH. Sur la RQTH par exemple, Marin, 24 ans, nous dit que puisqu'il n'est pas obligé de signaler son handicap à un employeur, il n'utilisera la RQTH que dans le cas où il aurait besoin d'aménagements de son temps de travail :

« Honnêtement, je ne pense pas que je me servirai directement de la RQTH, au travail, parce que... Je pense, peut-être, ce serait pour justifier un temps partiel, peut-être, je le ferais. Mais c'est vrai que, directement, j'essaierai de me trouver un temps partiel. Et comme je ne suis pas forcé de dire que j'ai la RQTH, si je peux trouver directement un temps partiel, je le ferai comme ça, je pense. Après, si je vois l'utilité...Honnêtement, je ne sais pas encore ce que je ferai avec ce papier-là. » (Marin, 24 ans)

Ophélie donne un autre exemple intéressant lorsqu'elle raconte les difficultés de sa mère à accepter qu'elle dépose un dossier à la MDPH, car elle reprend l'argumentation que nous a donné son conseiller de mission locale à ce sujet.

« Et puis après, il y a aussi le fait de parler de handicap, pour ma mère, comment dire ? C'est pas un handicap physique et tout, et c'est... enfin, franchement, ma dépression, je vais mieux vraiment depuis que j'ai les médicaments et tout, j'ai toujours des épisodes et tout, mais en même temps, je me dis : « Si c'est vraiment quelque chose, avec un peu d'activité, je peux certainement dépasser ça ». Et c'est pour ça qu'en même temps, la qualification d'handicapé, c'est... ça peut être aussi un peu compliqué. Après, la reconnaissance de handicap dans le travail, c'est aussi quelque chose qui n'est que deux ans et ça veut pas dire que tu es complètement handicapé justement. » (Ophélie, 23 ans)

Le fait d'effectuer une demande à la MDPH semble plus facile et rapide à accepter pour les jeunes en fonction de leur appréhension des dispositifs demandés et de leur impact concret. Ainsi le rapport à la RQTH apparaît plutôt distancié : les jeunes disent ne pas savoir s'ils vont s'en servir car ils doutent de l'effet de cette étiquette comme aide pour s'insérer dans l'emploi.

« C'est ma conseillère sociale à la Mission locale, avant que je rentre à la Garantie jeune, qui m'a conseillé de faire cette RQTH pour avoir des postes adaptés pour moi. Après, j'ai été réticente parce que moi, je voyais ça sous un autre angle, que si j'entends le recruteur bah, ça allait être mal vu, enfin pas mal vu, mais déjà, j'étais fermée sur mon handicap et pour en parler, bah c'est comme si ça allait me fermer des portes, moi je voyais ça dans ce sens-là. Mais après, je me suis dit : « Peut-être c'est pour mon bien enfin, au niveau de la santé » donc du coup, j'ai pris donc du coup, là j'en ai pour 4 ans, donc on verra bien, mais là pour le moment ... ça ne m'aide pas forcément... » (Noémie, 23 ans)

Lorsque la demande concerne un dispositif d'accompagnement pour l'insertion professionnelle en revanche, comme celui proposé par l'association Primevère sur notre territoire de recherche⁹² la posture des personnes semble beaucoup plus motivée, optimiste. Pour accéder à ce dispositif, il est nécessaire de déposer une demande de RQTH à la MDPH. Lorsque les jeunes se sont confrontés à de multiples difficultés pour s'insérer dans l'emploi et qu'ils ont expérimentés plusieurs dispositifs en dehors du champ du handicap, le recours à cette aide est accepté avec moins d'indécisions et d'incertitudes que lorsque la demande concerne une RQTH sans autre perspective d'accompagnement. C'est le cas par exemple pour Marin, qui exprime des doutes sur le fait qu'il utilise sa RQTH à l'avenir, mais en a fait la demande pour pouvoir accéder à l'accompagnement de l'association Primevère. Pour Marin, le dépôt d'un dossier à la MDPH s'est effectué avec très peu de négociation et de temps, puisque les professionnels de la mission locale lui ont parlé de ces aides et qu'il en a tout de suite accepté le principe.

« Je suis en train de faire un dossier RQTH, pour la reconnaissance travailleur handicapé. Avec un accompagnement par Primevère. Le dossier, il me permettra, forcément, d'avoir la reconnaissance travailleur handicapé, premièrement, et de participer... Eux, ils ont un accompagnement un peu plus spécifique, où il faut avoir le dossier RQTH fait pour pouvoir participer. Ce serait pareil, de l'aide à l'orientation à la formation. Mais, en même temps, il y a des psychologues, il y a des... des... experts de l'orientation. » (Marin, 24 ans)

Pour sa conseillère, l'âge de Marin est déterminant dans cette acceptation rapide d'inscription dans le champ du handicap, d'une part car il a déjà un parcours de santé en psychiatrie depuis plusieurs années et d'autre part car il n'arrive pas à s'insérer professionnellement avec les aides classiques comme celles de la mission locale.

« Pour qu'il soit accompagné. Donc, là aussi, ça a été assez rapide. Mais parce que ce ne sont pas des jeunes... ils ont 24 ans déjà, avec un long parcours santé derrière eux. Mais je pense que peut-être que sans... ben sans nos entretiens, il n'aurait peut-être pas fait la démarche du dossier RQTH, voilà. » (Conseiller de Mission Locale de Marin)

Pour les familles, il peut également être difficile de voir son enfant, jeune adulte, entrer dans le champ du handicap. Malgré ces réticences, dans plusieurs cas, les jeunes nous indiquent que ce sont leurs parents ou un membre de la famille qui les aident à remplir le dossier MDPH.

« Moi, mon oncle me disait que, quand on faisait, il m'avait aidé à faire le dossier MDPH, et il me disait est-ce que ça va vraiment m'aider, ça. Et au final, moi, quand je regarde (soupir) bof. » (Noémie, 23 ans)

⁹² Dans le chapitre 6 sur l'insertion dans l'emploi, nous effectuons une description détaillée de ce dispositif porté par une association que nous nommons Primevère- mobilisé pour plusieurs jeunes que nous avons rencontrés.

Ainsi des professionnels de Mission Locales racontent-ils qu'ils doivent travailler à la fois avec le jeune mais aussi ses parents, pour présenter les dispositifs et éventuellement argumenter pour que le jeune y recourt. C'est ce que nous raconte par exemple le conseiller de Mission locale d'Ophélie. Le conseiller, au vu des difficultés d'Ophélie à trouver un emploi qui convienne à ses problématiques de santé, lui parle de la RQTH. Ophélie accepte l'idée de déposer un dossier à la MDPH. Mais après ce rendez-vous, la maman d'Ophélie appelle le conseiller de mission locale pour lui dire qu'elle ne pense pas qu'une RQTH est adaptée ou est une bonne chose pour sa fille.

« La maman me dit : « Oh, moi, je travaille en milieu médical, la RQTH, non ! Ma fille, c'est juste une petite dépression. Elle n'a pas les codes du monde du travail, encore, mais en faisant des stages, ça va venir. » Peut-être... Moi, je sens qu'il y a quelque chose de cassé. » (Conseiller de Mission Locale d'Ophélie)

Suite à cet échange, le conseiller de mission locale propose un entretien à Ophélie et à sa maman pour reparler de la RQTH et du dossier MDPH. Au moment de notre entretien avec le conseiller, cette rencontre avec la maman n'a pas encore eu lieu. Plus tard, nous réalisons un entretien avec Ophélie. Entre temps, le rendez-vous entre Ophélie, sa mère et le conseiller de mission locale a eu lieu. Ophélie nous raconte que suite à cet échange, sa mère a accepté qu'Ophélie dépose un dossier à la MDPH.

Ma mère à un petit peu de mal avec cette conception [du handicap] et du coup, elle m'avait dit : « Mais est-ce que tu es sûre que tu as besoin de signer ça et tout ? » Et du coup, je lui ai bien expliqué que vraiment c'était pour aller à « Primevère ». J'ai eu un rendez-vous carrément avec elle et ils m'ont conseillée, donc c'est plus simple. Parce que comme je disais, j'ai du mal à prendre des décisions et aussi parce que mon conseiller m'a donné énormément d'informations et je savais plus trop quoi choisir. Du coup, c'était bien, parce que j'avais du mal à restituer les informations à ma mère pour savoir ce qui pouvait m'intéresser. Du coup, elle est venue aussi, elle a eu les informations. Elle a compris pourquoi j'avais du mal à restituer les informations, parce qu'il y en a beaucoup. Mais ça a aidé à trouver un projet, même si pour l'instant, c'est juste « Primevère ». » (Ophélie, 23 ans)

Ces récits croisés, bien qu'il manque celui de la mère, montrent le rôle important joué par le conseiller de mission locale dans le dépôt d'un dossier à la MDPH. Les enjeux pour les acteurs de cette négociation sont identifiables : pour le conseiller, il s'agit de transmettre l'accompagnement à un champ qu'il juge plus compétent pour agir et aider Ophélie chez qui il sent « quelque chose de cassé ». Pour Ophélie, il s'agit d'être guidée dans son orientation professionnelle et à terme d'avoir des ressources financières pour devenir indépendante de sa famille (son père approche de la retraite et Ophélie nous dit qu'elle souhaiterait pouvoir les aider, si ce n'est en leur apportant de l'argent, au moins ne leur en demandant plus)⁹³. Pour la mère, l'enjeu semble être celui de ne pas faire entrer sa fille dans une catégorie figée. Elle considère que sa fille peut accéder à un emploi sans cette

⁹³ Voir point 2.2 un extrait synthétique du parcours d'Ophélie.

reconnaissance et ne semble pas considérer la dépression dont souffre sa fille comme un facteur de handicap ou en tout cas que la gravité de la dépression ne justifie pas encore de recours à un dispositif qu'elle juge pour des cas plus graves.

« Elle [mère] considère qu'en fait, moi, le terme d'handicapé, c'est pas ce qui me définirait le mieux, voilà. C'est pas... qu'il y a des gens qui ont besoin effectivement de l'aide de handicapé, mais que moi, pas forcément. Effectivement, j'ai des soucis et tout, c'est compliqué, mais peut-être pas à ce point-là. » (Ophélie, 23 ans)

1.3.2 Le temps de l'évaluation institutionnelle des demandes

Une fois déposé le dossier à la MDPH, le délai d'évaluation des demandes est en moyenne de 6 mois. Ce délai peut varier. S'il manque des pièces au dossier ou s'il y a beaucoup de demandes, les délais peuvent être plus longs. A l'inverse, l'évaluation du dossier peut être plus rapide lorsque les demandes sont présentées avec un caractère d'urgence, comme par exemple pour la situation évoquée ci-dessus, avec un jeune qui va bientôt se retrouver sans aucun revenu et sans domicile. Des arrangements discrets entre professionnels de la MDPH et professionnels sociaux peuvent alors se mettre en place pour accélérer l'examen des demandes, afin d'éviter à des personnes que leur situation ne s'aggrave trop (comme dans ce cas pour éviter le risque que le jeune ne devienne sans domicile fixe et dorme à la rue).

Ces délais s'expliquent par le nombre très important de dossiers à traiter par les professionnels de la MDPH. Ainsi, au moment de notre enquête, la direction de l'institution dit recevoir en moyenne 170 dossiers par jour. La charge de travail des professionnels qui évaluent les dossiers est décrite comme très importante, ne permettant pas toujours de mener des rencontres comme ils le souhaiteraient. Ainsi, les professionnels disent-ils à propos des rencontres avec les demandeurs et leurs familles :

« En fait, nous, on n'a pas été capables de le faire. Alors qu'à chaque fois que tu rencontres une famille, tu ressors en disant : ben, oui, il faudrait toutes les voir, comme ça ! Ça permet d'éclaircir plein de choses ! » (Professionnel MDPH)

Une fois le dossier examiné et les orientations et préconisations rédigées, celles-ci sont évalués par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Un courrier est ensuite envoyé à la personne qui a effectué des demandes pour l'informer de l'ouverture de ses droits.

Vient alors la dernière étape, celle de l'accès effectif aux droits ouverts. Les professionnels de la MDPH s'interrogent sur la mobilisation de ces droits par les personnes, en particulier pour celles qui ont un handicap psychique et peuvent avoir des difficultés à gérer les démarches administratives. Ainsi,

les professionnels de la MDPH pensent-ils qu'un accompagnement peut s'avérer nécessaire pour aider les personnes à comprendre les droits qui leurs sont ouverts et effectuer les démarches pour y accéder. Mais par manque de moyen, cela ne peut être effectué par leurs services ou bien pour un faible nombre de personnes dont le risque de non recours est identifié.

« Comment on accompagne pour que la notification ne soit pas reçue par la poste, mise dans un tiroir et... Parce que c'est un peu ça, le problème des personnes qui souffrent de handicap psychique, c'est qu'il faut qu'elles soient accompagnées dans leur quotidien. » (Professionnel MDPH)

1.3.3 Le temps de l'accès aux dispositifs

En fonction des dispositifs, les délais d'accès aux services peuvent varier. Lorsqu'il s'agit de droits qui mobilisent des structures, les délais peuvent être de plusieurs mois, voire années. Ainsi, sur notre territoire de recherche et pour les structures que nous avons rencontrées, les délais d'accès peuvent être de plusieurs mois pour un ESAT, d'un an et demie voire deux ans pour un SAVS. Ces délais qui s'additionnent au temps de la prise de décision du dépôt de dossier et à celui de son évaluation par la MDPH marquent significativement les parcours et la vie des personnes. Ainsi, Enzo, âgé de 28 ans, qui a mobilisé plusieurs dispositifs du champ du handicap (SAVS, service d'hébergement, orientation professionnelle), raconte la succession de ces attentes et leur impact sur la dynamique de ses projets qui se trouve cassée :

« Moi j'ai dû attendre un an pour le service psychiatrique pour jeune, un an pour le SAVS, un an pour le service d'hébergement... non, deux ans pour le service d'hébergement. J'ai dû attendre... enfin, il y a aussi eu le temps que je sois prêt, je devais attendre un an ou deux ans pour aller à Villenoire. A chaque étape il y a toujours un délai d'attente, ça casse le rythme, la dynamique. Et en fait c'est aussi le manque de moyens. Par exemple moi j'ai dû attendre un an pour le SAVS parce qu'il n'y avait pas de place. » (Enzo, 28 ans)

Au cours de ces périodes, la situation de santé et les projets des personnes peuvent évoluer. Ainsi, dans certains cas, le temps d'accéder au dispositif, le jeune ne peut plus ou ne souhaite plus s'y inscrire. Les professionnels rencontrés, notamment dans le champ social, témoignent de la difficulté à maintenir une dynamique et à gérer l'impact de cette période d'attente.

« Il n'y a pas de notion d'urgence, d'autant plus que si on doit attendre des notifications MDPH, on a six mois devant nous. Mais ces fameux six mois sont dans du rien. Donc, on a aussi sur : comment pallier avant cette insertion, parce que c'est six mois où, tant que le boulot n'est pas là, qu'est-ce qu'il faut tenir ? Parce que le jeune est prêt, mais quand le travail se présentera, est-ce qu'il le sera ? Donc, finalement, c'est un peu roulette russe, en fonction de la pathologie. » (Assistante Sociale- service psychiatrie pour adolescents)

Ces limites institutionnelles qui entraînent des ruptures dans les parcours de prise en charge et de vie sont fortement critiquées dans le rapport « Piveteau » publié en 2014, intitulé « Zéro solution ». Ce rapport a participé à la mise à l'agenda des politiques publiques et institutions de la notion de « parcours ». Dans le champ du handicap, cela s'est traduit notamment par la création de la démarche de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT). La RAPT doit permettre de proposer aux personnes handicapées qui ne peuvent accéder au dispositif pour lequel elles ont une orientation, une autre solution d'accompagnement. Dans les faits, sur notre territoire de recherche, la RAPT ne semble pas mise en œuvre fréquemment et fait l'objet de critiques de la part des professionnels qui observent ainsi un déplacement du problème de place entre les dispositifs.

« Disons, qu'au départ, ça a pu fonctionner, mais à force de faire du plan B pour tout le monde, tout redescend dans le manque de place ! » (Professionnel MDPH)

Durant ces périodes d'attente, les jeunes sont dans bien des situations accompagnées au quotidien par leurs familles chez qui ils vivent. Les solidarités familiales lorsqu'elles sont possibles, parent aux délais d'accès aux solidarités publiques, créant des situations de cohabitation qui se prolongent.

2 Les temporalités et les portes d'entrée dans le handicap institutionnalisé

Plusieurs éléments apparaissent déterminants dans la temporalité et le mode d'entrée dans une reconnaissance institutionnelle du handicap : l'âge d'apparition des troubles et du handicap, les possibilités pour le jeune et sa famille de mobiliser des alternatives aux dispositifs du handicap, mais aussi les ressources économiques des jeunes. Nous décrivons ici quatre types d'entrée dans le champ du handicap institutionnalisé : par le scolaire, les revenus, l'emploi. Nous présentons un quatrième type d'entrée, non pas par une demande spécifique mais pour une autre cause avancée : l'entrée par le handicap somatique. Pour chaque type, nous nous appuyons sur la présentation d'un ou plusieurs cas de jeunes rencontrés en entretien et mettons en parallèle ces données avec celles recueillies dans l'étude de dossiers de la MDPH. A chaque fois, nous analysons le poids du milieu social d'origine et de l'organisation de l'action publique comme déterminant de la demande de reconnaissance institutionnelle. Nous décrivons également la manière dont l'offre institutionnelle est reçue par les jeunes, en fonction de ces variables et pour chaque type d'entrée dans le handicap. Nous nous inscrivons en cela dans la continuité des travaux de Ludwig Verhaegen sur le rapport des personnes psychiatisés à l'hospitalisation (Verhaegen, 1985).

2.1 Des entrées par le scolaire

Le premier profil de trajectoire menant à la reconnaissance institutionnelle du handicap que nous avons observé se caractérise par sa temporalité longue. Il concerne des jeunes effectuant une demande avant 20 ans. Parmi les 68 dossiers étudiés⁹⁴, 20 jeunes ont déposé un premier dossier avant 20 ans. Les demandes effectuées concernent en majorité une demande d'aide financière (12 premières demandes concernent une AEEH, 11 sont attribuées par la MDPH). Les autres demandes sont majoritairement relatives à la scolarité : 10 jeunes ont une orientation vers un établissement spécialisé (IME, IMPro ou Itep), 5 ont une orientation spécialisée en milieu ordinaire (CLIS, ULIS, SEGPA) et 2 ont une AVS. Il y a 5 demandes d'aides pour le transport scolaire.

Pour 5 personnes, les premières demandes concernent une RQTH, dont 4 avec une orientation professionnelle vers un centre de rééducation. Une autre demande enfin concerne un SAVS. Pour toutes ces orientations, les personnes ont 18 ans au moment de la demande.

Logiquement donc, les demandes pour les jeunes en âge scolaire concernent des dispositifs scolaires et des aides financières pour les parents. Ce qui nous intéresse dans ces données et à l'exploration des dossiers des personnes concernées, ce sont les premières catégorisations du handicap qui sont données. Pour beaucoup de ces jeunes, on observe en effet une évolution dans les diagnostics et les déficiences mises en avant. Ainsi, pour les demandes de dispositifs d'éducation spéciale (que ce soit en IME, Itep ou en classe collective en milieu ordinaire, des déficiences intellectuelles légères ou encore des troubles du comportement peuvent être décrits. Lorsque l'on regarde les renouvellements de demandes dans le temps (et il y en a plusieurs pour ces dossiers), les déficiences mises en avant évoluent. Ainsi, la description de déficiences intellectuelles peut-elle disparaître dans les renouvellements de demande et les évaluations, une fois la scolarité passée.

Notre hypothèse explicative est la suivante : les dispositifs de compensation du handicap pour la scolarité se sont construits en dehors du secteur médico-social pour les jeunes avec des troubles psychiques. Plus clairement, les dispositifs existants concernent des déficiences intellectuelles ou somatiques. A l'inverse, on trouve des services de scolarité dans le secteur sanitaire : enseignements au sein de l'hôpital psychiatrique ou encore le service de scolarité au sein d'une clinique sur notre territoire de recherche⁹⁵. Cela explique selon nous d'une part le faible recours des jeunes avec un

⁹⁴ Dossiers de personnes entre 11 et 30 ans ayant déposé une demande classée comme relevant d'un handicap psychique par la MDPH. Pour plus de détails, voir l'encadré sur la méthodologie de l'enquête.

⁹⁵ Nous revenons dans le chapitre 5 de la thèse sur le découpage de l'offre scolaire entre le champ médico-social et le champ sanitaire.

handicap psychique aux dispositifs du champ du handicap, car ces derniers sont peu adaptés aux spécificités des troubles psychiques et d'autre part le changement de catégorisation des déficiences pour ceux qui y ont recours.

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, nombre d'entre eux ont rencontré des difficultés dans leur scolarité du fait de leurs troubles, voir une incapacité à se rendre dans leur établissement. C'est le cas par exemple pour tous les jeunes qui nous ont dit souffrir de phobie scolaire. Leur situation relève de la définition du handicap selon la loi de 2005. Mais les dispositifs du champ du handicap sont décrits comme inadéquats par rapport à leur problématique : les institutions telles que les IME et Itep ou encore les classes spécialisées en milieu ordinaire sont dédiées à un public avec d'autres déficiences que celles inhérentes aux troubles psychiques. Ainsi dans un des dossiers MDPH étudié, une demande de SEGPA est refusée, car le niveau scolaire du jeune est qualifié de trop élevé par rapports à celui du dispositif. Le recours à des AVS est également décrit par les professionnels rencontrés comme inapproprié à la situation des jeunes avec des troubles psychiques. Parmi les jeunes qui effectuent une demande à la MDPH, des pathologies semblent associées à leur problématique. Nous ne pouvons juger en tant que sociologue des diagnostics données. Mais il est intéressant de voir comment des diagnostics sont mobilisés de façon alternative en fonction des dispositifs qui y sont associés.

Le parcours de Xavier, un des jeunes que nous avons rencontrés, illustre bien ce mécanisme de mobilisation alternative des diagnostics en fonction des dispositifs existants et de leur association à des types de handicap.

Xavier

Je rencontre Xavier par le biais de la mission locale. Il a 23 ans. Il est né à Villerose. Il a un grand frère et une petite sœur. Son père est ouvrier qualifié et sa mère est ouvrière.

Xavier est diagnostiqué hyperactif à l'âge de 4 ans. Il est décrit comme un enfant agressif, qui réagit par la violence lorsqu'on l'embête. En primaire, ses parents quittent Villerose pour s'installer dans un village alentour. Il change d'école en même temps. Il a peu de nouveaux amis et ses résultats scolaires chutent. Au moment de passer au collège il raconte que l'on hésite à l'envoyer en SEGPA. Il passe en 6ème générale. Sa moyenne générale est à 9. Il est autorisé à passer en 5ème mais dit préférer aller en SEGPA. C'est à cette période que remonte son premier dossier à la MDPH. Il termine le collège en SEGPA pour « se faire une nouvelle image », car il a des problèmes avec les jeunes de sa classe.

C'est à cette période que Xavier commence à être suivi par un psychiatre. Il dit avoir des crises de colère qui le mènent à une hospitalisation en pédopsychiatrie, puis à un suivi dans un service de consultation pour jeunes. Il sera plus tard suivi dans un CMP par un psychiatre qu'il voit tous les 3-4 mois et par un infirmier qu'il voit dans l'intervalle. Au cours de son suivi psychiatrique on lui communique le diagnostic de troubles bipolaires (en lui indiquant que c'est sous réserve de confirmation vers ses 25 ans, selon le développement de ses symptômes). Il suit un traitement médicamenteux.

Xavier apprend à la fin de la 3ème qu'il ne peut pas aller dans une filière générale ni professionnelle en sortant de SEGPA, ce qui le déstabilise car il souhaite devenir Gendarme. Or, il est préférable d'avoir un bac général pour exercer ce métier.

A la fin de la 3ème, Xavier raconte ne pas se sentir bien dans sa tête, ni dans sa classe. Il effectue plusieurs stages en milieu professionnel pour décider de son orientation. Après 15 jours dans une grande surface, il décide de s'orienter vers le secteur de la vente. Il s'inscrit alors en CAP et en internat, pour prendre de la distance avec ses parents, dans un lycée du département voisin. Mais faute de moyens financiers, ses parents l'inscrivent pour sa deuxième année à Villerose (évitant ainsi de payer l'internat). Au cours des deux années de CAP, Xavier se fait des amis et a de bonnes relations avec ses pairs. Il obtient son CAP et s'inscrit en Bac Pro commerce. A son entrée en seconde, Xavier a de bons résultats et se conforme au cadre scolaire. Mais ses pairs se moquent de lui, car il est le plus vieux de la classe et a été en SEGPA. Il est harcelé. Xavier en souffre beaucoup et a des idées suicidaires. Un jour, alors qu'il « craque » et se confie à l'infirmière, le CPE convoque toute la classe de Xavier en son absence pour qu'ils stoppent leur harcèlement. La situation s'améliore un peu.

Xavier arrête l'école au cours de son année de première Bac Pro. Il souhaite en effet travailler pour être autonome financièrement, ne plus dépendre de ses parents et pouvoir s'acheter ce qu'il souhaite. Mais il n'a pas encore le permis et peine à trouver du travail en dehors de son village rural. Il tente de passer deux années de suite le Concours de Gendarmerie Volontaire, mais ne l'obtient pas.

A sa sortie du lycée, Xavier est accompagné par la mission locale pour l'aider à s'insérer professionnellement. En parallèle, son psychiatre l'incite à déposer un dossier à la MDPH pour obtenir une RQTH et une orientation vers le marché du travail. Pour le compléter, il est aidé par l'assistante sociale du service de consultation en psychiatrie pour jeunes. Il ne communique pas tout de suite cette information à sa conseillère. Xavier trouve un travail chez Mac Donald de deux mois. Il a des difficultés dans ce travail qui est pour lui très éprouvant physiquement mais « tient » jusqu'à la fin du contrat. Il postule ensuite à des dizaines d'offres d'emploi, sans succès d'embauche. Xavier participe pendant trois mois à une Plateforme d'Orientation Professionnelle (POP). Ne réussissant pas à avoir son permis voiture, Xavier passe son permis scooter, pour pouvoir travailler. Il trouve un travail dans une autre chaîne de restauration. Mais il tombe malade, au cours de la période d'essai. Lorsque son arrêt maladie est prolongé, son employeur l'informe qu'il ne sera pas gardé à l'issue de la période d'essai.

Il dépose ensuite un renouvellement de demande à la MDPH et obtient à nouveau la RQTH et l'AAH. Il trouve un nouveau travail chez Mac Donald mais à des problèmes avec son manager et quitte son poste après 1 mois. Il dispose tout de même de ressources financières à son départ : il a l'AAH et des allocations par pôle emploi.

Xavier entre ensuite dans un centre de Post Cure pour personnes avec des troubles psychiques. Il n'y reste que deux semaines car malgré la volonté des professionnels de l'aider et la sympathie des autres résidents du centre, il se sent « mal à l'aise » avec eux.

A sa sortie, sa mère l'incite à repasser le permis, puisque son code expire prochainement et qu'il peut désormais autofinancer ses leçons de conduite et l'examen avec son AAH et ses allocations chômage. Xavier repasse son permis, mais en automatique cette fois (il convainc d'abord son père qui veut l'en dissuader). C'est sa conseillère de mission locale qui l'incite à passer son permis sur une voiture automatique, afin d'améliorer ses chances de l'obtenir. Cette nouvelle tentative d'obtenir le permis est fructueuse. Lorsque Xavier a demandé l'AAH, il a reçu un cumul d'allocation qui n'avait pas été versé, en une fois. Cela correspond à 6000 euros, ce qui lui permet d'acheter une voiture plus tard.

Xavier obtient ensuite un poste d'agent de médiation dans les transports en commun. Mais il est en souffrance dans ce travail où il se trouve régulièrement en situation conflictuelle et est insulté par des usagers. Il retourne alors travailler dans un Mac Donald de la ville mais à des problèmes avec son manager. Il enchaîne ensuite avec des contrats d'intérim mais aspire à plus de stabilité. Il retourne pour cela dans un nouveau Mac Donald dans lequel il travaillera deux mois avant de démissionner car il souffre de problèmes aux pieds (il doit avoir des infiltrations). Il retravaille alors quelques temps en intérim. Xavier raconte ne pas supporter l'inactivité et recherche frénétiquement du travail.

Xavier a également été volontaire à l'établissement pour l'insertion dans l'emploi (l'EPIDE), qu'il qualifie de « sous armée pour la réinsertion des gens ». Il décide de ne pas parler de ces problèmes de santé pour ne pas avoir de traitement différencié par rapport aux autres jeunes mais ne reste pas jusqu'à la fin du programme car il est trop en difficulté. Xavier fait plus tard une croix sur son projet de devenir gendarme, qui l'anime depuis tout petit, suite à un échange avec un médecin de la police qui lui indique que sa maladie est un critère éliminatoire pour entrer dans ce corps de métier.

La conseillère mission locale de Xavier confie son accompagnement à une association spécialisée dans l'insertion dans l'emploi de personnes avec un handicap psychique. Voyant les multiples expériences de Xavier, la fatigue qu'il exprime à se maintenir dans des postes éprouvant physiquement et moralement, comme ceux dans les différents Mac Donald, cette association l'oriente vers le travail en milieu protégé et un SAVS. Il est incité par son accompagnatrice de l'association à travailler en milieu protégé. Il refuse dans un premier temps car il dit avoir du mal à être avec des personnes en difficulté. Puis sur l'incitation de ses parents et conseillers, il finit par accepter. Travailler en ESAT lui paraît en effet le moyen le plus sûr de gagner de l'argent (comme il n'arrive pas à travailler longtemps en milieu ordinaire du fait de sa fatigue), et ainsi de pouvoir réaliser son projet de voyage au Japon. Au moment de l'entretien, il attend de réaliser un stage de trois semaines dans un ESAT de transition (où les personnes travaillent 4 ans maximum et préparent leur réintégration en milieu ordinaire). L'ESAT dispose d'un service de vente, ce qui attire Xavier car cela correspond à ses études initiales.

Xavier habite seul depuis 1 an, dans le même village que ses parents, dans un appartement qu'il a meublé à ses frais. Il reçoit des APL. Il est aidé par le SAVS pour la gestion de son budget. Au quotidien, Xavier se dit très soutenu par son meilleur ami, avec qui il était à l'école en primaire puis au lycée. Ses parents le soutiennent, particulièrement son père. Il s'entend très bien avec son frère, avec qui il passe du temps et partage des passions.

Ce parcours nous semble éclairer plusieurs mécanismes sociaux impactant la circulation dans le champ du handicap. Le premier diagnostic posé sur les difficultés de Xavier, celui de l'Hyperactivité à 4 ans, ne mène pas à un accompagnement spécifique. C'est lorsque les résultats scolaires de Xavier baissent et restent associés à des manifestations de « violence », que les professionnels l'orientent vers une reconnaissance institutionnelle d'un handicap. Son comportement et ses relations agressives avec ses pairs semblent poser problème à l'institution scolaire, légitiment ainsi une orientation vers le champ du handicap (Bodin, 2018). Les résultats scolaires en baisse de Xavier permettent de l'orienter vers un dispositif de scolarisation spécialisé.

Dès le début du collège, un diagnostic psychiatrique, celui de bipolarité, est donné à Xavier, lors d'une hospitalisation en psychiatrie. Plus tard, lors de nouvelles demandes à la MDPH, c'est ce diagnostic qui semble mis en avant. Ainsi, c'est un dispositif d'aide à l'insertion dans l'emploi pour des personnes avec un handicap psychique qui est mobilisé lorsque Xavier présente des difficultés vis-à-vis du travail (ruptures de contrats, arrêts maladie, difficultés à obtenir des postes lorsqu'il présente sa RQTH aux employeurs).

D'autres jeunes que nous avons rencontrés ont été confrontés à des difficultés scolaires du fait de troubles psychiques, sans qu'ils ne soient orientés si jeune vers le champ du handicap psychique. Pour une partie d'entre eux, leurs résultats scolaires sont décrits comme très bon. Il n'y a pas de filière scolaire dans le champ du handicap, adaptée à leur problématique.

L'entourage familial apparaît également déterminant dans l'âge d'entrée dans le champ du handicap. Les parents avec des ressources culturelles importante semblent en effet mobiliser des dispositifs alternatifs (soutien scolaire, cours à domicile par le CNED, dispositif de scolarité de la clinique⁹⁶). Ils retardent ainsi l'entrée dans cette catégorie. L'espoir que les problèmes de santé psychique s'arrêtent un jour motive cette mobilisation d'alternatives. C'est ce qu'exprime Mme Damon, dont la fille est suivie en psychiatrie depuis ses 12 ans et a rencontré suite à cela des difficultés dans son maintien à l'école menant à une intégration du service scolaire d'une clinique.

« Je me suis arrêtée de travailler deux mois et demi, deux mois, je ne sais plus. Et ça m'a permis de reposer tout le dispositif de sortir du système hospitalier où je croyais que ça n'allait pas. De trouver le Docteur X, d'aménager un système de soins à peu près équilibré, celui que je vous ai décrit. De gérer l'école... enfin voilà. [...] On fait tout pour qu'elle ait une vie normale le plus possible, qu'elle ait une scolarité le plus possible, normale. C'est vrai que quand vous parliez de la scolarité, ce n'est pas trop un problème pour les médecins. Alors que c'est flou. Enfin c'est... c'est à la fois un problème de ma fille parce que ça accentue son stress, mais c'est aussi ça qui lui permet de vivre, qui lui permet d'avancer...Ouais. C'est difficile à gérer. Je comprends. C'est plus facile de dire aux gamins qu'ils ne sont pas capables d'aller à l'école ou de les mettre au service de scolarité de la clinique.

Parce que gérer la scolarité, bah c'est gérer des hauts, des bas, des trucs qui vont bien, des trucs qui ne vont pas, du stress. Mais c'est aussi gérer une possibilité de sortie pour que la fin du parcours ça ne soit pas... l'hôpital psychiatrique ou euh... l'allocation adulte handicapée à très court terme, aucune perspective professionnelle. Moi, ça, je trouve que ce n'est pas bien. » (Mme Damon, Mère d'une jeune femme suivie en psychiatrie depuis ses 12 ans)

Madame Damon dispose de ressources économiques et sociales, d'un statut professionnel, qui lui permet de prendre du temps et de mobiliser de très nombreux dispositifs pour maintenir la scolarité

⁹⁶ Nous revenons en détail sur le poids du déterminant social dans la négociation des trajectoires scolaires pour des jeunes avec un trouble psychique.

de sa fille, autant que possible en milieu ordinaire. Pour Xavier, dont les parents disposent de moins de capital socio-économique, la mobilisation de dispositifs alternatifs est moins évidente. De plus, Xavier a une représentation différente de celle de Madame Damon et sa fille du champ du handicap. Pour Xavier par exemple, l'entrée en SEGPA est une occasion de rebondir suite à des relations difficiles avec ses pairs, de « repartir à zéro ». Il ne voit l'entrée en SEGPA, comme une source de déclassement social pour son avenir. Ce sentiment de déclassement et le rejet du handicap apparaît plus tard, lorsqu'il comprend que ce parcours scolaire ne lui permet pas de poursuivre dans une filière générale, prérequis pour accéder au métier auquel il aspire depuis tout petit, et lorsqu'il est moqué par ses pairs au lycée en filière professionnelle. Nous ne disposons pas d'éléments sur la réaction des parents de Xavier à cette première entrée dans le handicap, mais ce que dit Xavier sur une demande ultérieure à la MDPH (pour la RQTH), laisse à penser que les parents de Xavier s'en remettent à l'avis des professionnels (ou tout du moins à celui des médecins), pour juger de la pertinence de ces orientations. Ils ne s'engagent pas dans un rapport de force pour négocier les parcours mais s'en remettent aux professionnels qui leur paraissent légitimes à décider.

« Le psychiatre, il est professionnel et il a dit que pour moi, c'était essentiel d'avoir le RQTH.

Donc, c'est le psychiatre qui vous en a parlé ?

Exactement !

Vous avez accepté tout de suite ?

Pas tout de suite, j'en ai parlé à mon père avant, parce que... pour savoir. Il m'a dit : « Si ton médecin le dit, fais-le ». Alors résultat, je l'ai fait. » (Xavier, 23 ans)

Notre analyse sur le milieu social d'origine comme déterminant de l'entrée dans le champ du handicap pour des jeunes avec des troubles psychiques, fait écho aux résultats de recherche de Lydwin Verhaegen (Verhaegen, 1985). Lydwin Verhaegen identifie trois types de rapports à l'hôpital psychiatrique pour ses usagers. Pour les premiers, l'hôpital constitue un lieu « refuge ». *« Ils ont tendance à s'y installer et font preuve de stratégies d'intégration »*. Pour le second groupe, l'hôpital est un lieu à éviter, « destructeur ». Les personnes de ce groupe font des allers-retour entre l'hôpital et le milieu extérieur. Pour le dernier groupe, l'hôpital est un lieu de soin qui ne remet pas en cause leur insertion sociale. Les personnes qui en font partie font des allers-retours également entre l'hôpital et l'extérieur en fonction des périodes de crise. Dans la recherche Trapsy, Florence Weber et son équipe de chercheurs, utilisent également le travail de Lydwin Verhaegen en le modernisant au regard du fonctionnement des secteurs sanitaires et du handicap actuels (Weber, (et al. 2017). Ainsi, ils prennent en compte le rapport des personnes aux dispositifs du champ de la psychiatrie et du médico-social en terme d'hébergement (hôpital mais aussi appartements thérapeutiques, foyers, résidences, ...), d'accompagnement (CMP, accueil de jour, SAVS, SAMSAH, ...) et enfin les revenus (AAH, invalidité, minimas sociaux). Ils retiennent deux variables principales qui déterminent le rapport des usagers à

ses prises en charge : la constellation familiale et la mobilité sociale. Ces déterminants sont également opérants pour comprendre les parcours de la fille de Madame Damon et de Xavier. Pour la fille de Madame Damon, les dispositifs du handicap sont « à éviter ». Ils induisent un déclassement social. Pour Xavier, au moment où il entre en SEGPA, ce dispositif est un « refuge ». Il ne signifie pas (pas encore) une renonciation à ses aspirations sociales (poursuivre sa scolarité pour devenir gendarme).

2.2 Des entrées par les revenus

L'entrée dans le champ du handicap par les revenus est fréquente pour des jeunes entre 20 et 25 ans. C'est ce que montre l'analyse des dossiers MDPH auxquels nous avons eu accès puisque parmi les 37 personnes qui font une première demande alors qu'ils s'inscrivent dans cette tranche d'âge, 33 demandent une Allocation Adulte Handicapé.

Les entretiens que nous avons réalisés auprès de jeunes et de professionnels montrent deux types de rapport à cette demande d'AAH : une partie demande une allocation pour ne plus dépendre financièrement de leur famille et une partie pour pallier à l'absence de solidarités familiales et des politiques sociales.

Pour une partie d'entre eux, l'AAH doit leur permettre de devenir indépendant financièrement de leurs parents alors qu'ils n'arrivent pas à s'insérer dans l'emploi. C'est le cas par exemple pour Ophélie, dont le premier dossier à la MDPH contient une demande d'AAH. Ses parents ont peu de capital économique et l'aident à subvenir à ses besoins.

➤ Ophélie à 20 ans. Son père est employé de la poste et sa mère est infirmière. Elle a deux sœurs, une qui travaille et l'autre en études supérieures dans une école privée. Ophélie souffre de dépression depuis le lycée. Après trois ans d'université, elle arrête en cours de licence 2 ses études. Ophélie habite en colocation à Villerose. Ses parents lui donnent de l'argent chaque mois pour subvenir à ses besoins. Ophélie essaye de trouver un travail et se fait accompagner pour cela par la mission locale. Du fait de sa santé et de ses difficultés à trouver un emploi, son conseiller de mission locale lui conseille de monter un dossier à la MDPH pour intégrer le dispositif d'accompagnement pour l'insertion dans l'emploi spécifique au handicap psychique. Ophélie réalise le dossier avec une demande de RQTH, une orientation professionnelle et une AAH. Elle espère obtenir l'AAH pour ne plus dépendre de ses parents, afin de leur laisser leurs revenus qu'elle qualifie de modestes, d'autant plus qu'ils approchent de la retraite et qu'elle s'inquiète de leur situation financière.

Pour d'autres jeunes, la demande d'AAH se fait dans un contexte où ils n'ont pas d'aides de la part de leurs parents pour subvenir à leurs besoins. Une partie de ces jeunes à un parcours antérieur à

l'aide sociale à l'enfance. Ils ont des difficultés à s'insérer dans l'emploi, sont en fin de droits pour les aides sociales de ce secteur mais ne peuvent accéder au Revenu de Solidarité Active (RSA), car ils n'ont pas 25 ans et ne répondent pas aux conditions spécifiques permettant de toucher le RSA avant cet âge. Les professionnels du sanitaire et du social à nous avoir rapporté ces situations sont nombreux.

« Après, on a de plus en plus de demandes quand même de jeunes gens qui vont sur ces dispositifs-là MDPH. Y compris les jeunes gens qui n'ont pas de handicap repéré. Je pense à des jeunes gens voilà sans domicile fixe, par exemple, les consos de stupéfiants, enfin voilà, qui du coup, n'arrivent pas à travailler leur insertion de par leur situation précaire et puis leur problématique de santé. Et qui du coup, voilà, vont se positionner sur la MDPH. » (Psychologue de mission locale)

Pour eux, les demandes à la MDPH viennent combler l'absence de solidarité publiques et privées, entre la fin de l'accompagnement ASE lorsqu'il y en a eu un, et le début du RSA à 25 ans (hors conditions).

« Je trouve qu'il y a un âge où c'est plus compliqué au niveau des ressources. Il faut attendre les 20 ans ou s'il n'y pas forcément de handicap, ça va être le RSA. Soit il faut avoir bosser avant 25 ans, deux ans... ...Travailler, tenir un travail deux ans pour avoir, moins de 25 ans et toucher le RSA, pfff... ça ne se fait pas ! Donc, attendre 25 ans, autant vous dire que ça paraît très long. Et même, mettre en place un dossier MDPH, c'est attendre aussi la commission, c'est attendre que ça tombe. » (AS service psychiatrie pour adolescents)

C'est le cas par exemple pour Lola, dont l'éducateur de l'ASE l'incite à déposer un dossier à la MDPH contenant notamment une demande d'AAH. Lola est sans domicile. Elle est scolarisée au moment de l'entretien dans une clinique. Ses perspectives scolaires sont incertaines. Lola reçoit 90 euros par ses parents chaque mois, ce qui ne lui permet pas de subvenir à ses besoins. Sa demande à la MDPH est motivée par ses conditions sociales d'existences très précaires. Elle fait une demande d'AAH qui lui permettrait de sortir de cette situation. Cela amène Lola à effectuer une demande à la MDPH dès 18 ans. Nous émettons l'hypothèse selon laquelle elle n'aurait pas déposé de demande d'aide à la MDPH, si elle avait eu un soutien financier par sa famille lui permettant de subvenir à tous ses besoins (dont un logement pérenne). Lola bénéficie d'aides sociales mais son suivi en psychiatrie permet de légitimer pour ses professionnels une demande d'aide dans le champ du handicap, qui pourra s'avérer plus conséquente. Ce mécanisme se retrouve également pour un public plus âgé, bénéficiaire des minimas sociaux, qui peut basculer dans le champ du handicap dont les aides sont plus importantes (Herrgott, 1999).

➤ Lola à 18 ans. Elle dit être en souffrance au moment du collège. Elle décrit une période très difficile. Suite à une tentative de suicide elle est hospitalisée dans un service spécialisé en psychiatrie pour adolescents. Son hospitalisation durera 2 ans, de ses 14 à ses 16 ans, marquant une rupture dans sa scolarité. Pendant son hospitalisation, une mesure

judiciaire est initié et un suivi par l'aide sociale à l'enfance engagé. A sa sortie de l'hôpital, Lola ne veut pas vivre en foyer ou en famille d'accueil. Elle s'installe chez son petit ami qui est étudiant. A ses 18 ans, son suivi éducatif est assuré par une nouvelle structure de protection des majeurs et d'accompagnement social. Lola sur l'orientation de son psychiatre, entre à cette même période dans le service de scolarité de la clinique. En parallèle, son psychiatre et son éducateur l'accompagnent dans la constitution d'une demande de reconnaissance d'un handicap auprès de la MDPH. Elle demande dans son dossier une aide financière. Au moment de l'entretien, elle habite alternativement quelques jours chez des amis et son ancien petit ami, situation qui dure depuis plusieurs mois. L'objectif premier de sa demande à la MDPH est de sortir de la précarité sociale dans laquelle elle se trouve, d'accéder à un logement en ayant des ressources financières (AAH).

Face à des jeunes en grande précarité et en souffrance psychique une partie des professionnels rencontrés disent orienter vers la MDPH pour effectuer une demande d'AAH. C'est ce que nous avons observé notamment pour des personnes en fin de contrat « garantie jeune ». Dans ces situations, l'AAH prend le relais de l'allocation de garantie jeune. Il est intéressant de voir comment les différentes aides financières possibles sont mobilisées, en fonction de leurs différentes conditions (âge, contractualisation, handicap). Le recours au champ du handicap est dans ce contexte une stratégie des professionnels avec la personne, pour répondre à une « urgence » sociale qu'ils identifient. C'est ce que nous dit par exemple une professionnelle de mission locale qui accompagne un jeune en difficulté pour garder son logement et qui envisage de vivre à la rue. Une demande à la MDPH va être faite pour accéder à un dispositif local d'hébergement pour des personnes avec un handicap psychique. Elle envisage de l'orienter vers une nouvelle demande pour une AAH avant la fin de la garantie jeune car elle le considère comme étant en incapacité de travailler. Dans cette situation, les dispositifs sociaux (CHRS, FJT) sont envisagés mais considérés comme inadaptés. La professionnelle projette un refus de la part du jeune pour le CHRS (du fait d'une problématique d'addiction) et de la part des professionnels du FJT (faute de « projet » d'insertion). Le dispositif garantie jeune apparaît comme un dispositif aux critères plus souples qui permet de retarder pendant un temps l'entrée dans le champ du handicap.

« Là j'ai un jeune homme avec un logement que j'ai en suivi, qui a un logement, mais qui là tout doucement va certainement glisser et il maintient, il maintient. Mais il envisage déjà la rue, parce que c'est trop lourd quoi les papiers, l'argent, le loyer, l'EDF... sans ressource. Donc, MDPH, parce que sinon c'est la rue quoi.

Il y a des structures d'hébergement d'urgence ?

CHRS, ouais, avec quelques places. Certains qui refusent d'aller au CHRS de Villerose, quand surtout ils sont en problématique toxico. Ils disent : « Non, non, non », parce que c'est sûr que... donc, ça c'est aussi compliqué. Et puis, le FJT. Le FJT, il faut quand même, soit une formation, quelque chose en cours pour pouvoir... Au niveau de la ville, on a aussi un centre qui propose un logement à des jeunes qui ont un handicap psychique. Voilà, c'est comme une petite maison collective en fait, mais il faut qu'ils aient une RQTH, et un suivi en psychiatrie.

[...]

Il y a beaucoup de jeunes qui demandent le RSA à 25 ans ?

Ben s'il n'y a pas de ressource et s'ils sont éligibles, oui. Après, il y a des jeunes qui travaillent, qui arrivent à avoir, du coup, des... du chômage derrière. Donc, ça leur permet de se poser... et puis, ils retravaillent, enfin, voilà, ils essaient de combler comme ça et puis que ça tienne.

Le jeune là, il se maintient, mais on ne sait pas trop jusqu'à quand. De toute façon, quand il n'y aura plus de ressource Garantie jeune là, ça va être vite fait... et puis, il est en incapacité de travailler. Pour le moment en tout cas. Donc, ben MDPH. C'est un peu le hop, plus de ressource. Il y a un peu une urgence financière... » (Psychologue de Mission Locale)

Beaucoup des professionnels qui s'inscrivent dans ces pratiques en font pour autant la critique. Ils craignent en effet d'enfermer le jeune dans une carrière d'handicapé. Ces situations sont complexes et font l'objet de débats au sein des antennes de missions locales où nous sommes allées : d'un côté se pose le risque de carrière dans le champ institutionnel du handicap et de l'autre le risque que le jeune se retrouve à la rue, dans une situation de très grande précarité, voire décroche de toute forme d'aide publique. C'est ce que présente une des psychologues de mission locale que nous avons rencontrés et qui décrit une impression d'augmentation du recours à la MDPH pour des jeunes qui selon elle ne relèvent pas de ce champ. Elle décrit une pathologisation de situations de difficultés sociales des jeunes pour leur permettre d'accéder aux droits du champ du handicap.

« On rencontre des jeunes gens qui sont en difficulté au niveau du travail, y compris sur des dispositifs d'insertion qui sont quand même propres et un peu aménagés, et qui vont aussi aller vers voilà ces dispositifs-là [ceux du champ du handicap]. Parce que soit ils ne trouvent pas de travail, soit ils ne trouvent pas ce qui peut leur correspondre. Donc, voilà. Donc, ça peut être aussi possible. Ce qu'on ne voyait pas forcément avant. Où on avait vraiment une pathologie repérée ou un handicap repéré. Et voilà quelqu'un qui... maintenant c'est quelque chose de beaucoup plus... je ne sais pas si je peux dire simple, mais voilà. Moi, mon sentiment, c'est que quand même on... on pathologise beaucoup. On va vers des dispositifs, enfin, avec... alors que parfois, c'est aussi le monde du travail qui ne permet pas l'insertion de personnes qui ne relèvent pas de la MDPH, d'avant, voilà. Donc, c'est assez renforcé quand même depuis 5 ans. » (Psychologue de mission locale)

Pour cette professionnelle, ce n'est pas seulement l'absence de solidarités publiques et privées qui conduit à la pathologisation de situations de jeunes, mais c'est aussi le contexte actuel du marché du travail. Cette analyse issue du terrain nous paraît intéressante : l'absence d'emplois pour tous les demandeurs, la compétitivité que cela induit, les cadences et l'obligation de performance professionnelle, rendent difficiles pour ces jeunes une insertion pérenne dans l'emploi. Dans une approche constructiviste, on peut dire que c'est le contexte normatif du marché du travail contemporain qui crée du handicap. Si la loi sur le handicap de février 2005 vise à adapter l'environnement et non les personnes, une limite se pose dans l'action sur les entreprises privées. De

plus, le cadre politique actuel tend plutôt à augmenter les injonctions à la performance et à rendre toujours plus « flexible » l'emploi.

2.3 Des entrées par l'insertion dans l'emploi

Parmi les 17 jeunes effectuant une demande à la MDPH que nous avons rencontré, 8 rentrent dans ce champ avec une demande de dispositif concernant l'insertion dans l'emploi. Ces jeunes demandent une RQTH avec soit une orientation en milieu ordinaire ou en milieu protégé (en entreprise adaptée pour Noémie et en ESAT pour Yves). Deux d'entre eux font une demande d'orientation vers un dispositif d'aide à l'insertion dans l'emploi pour des personnes avec un handicap psychique⁹⁷. Cette importance de l'entrée par l'insertion dans l'emploi s'explique notamment par notre biais de recrutement des jeunes par la mission locale (Nous avons rencontré 14 jeunes sur 38 via la mission locale et 2 via un ESAT). Puisqu'ils sont dans une institution dédiée à l'insertion professionnelle, il apparaît plutôt logique que les dispositifs du champ du handicap, lorsqu'ils sont mobilisés, concernent cette problématique qui a motivé la première entrée en mission locale des jeunes. Toutefois, nous avons déjà vu que les jeunes en âge scolaire mobilisent beaucoup moins les dispositifs relevant du champ du handicap, même si les troubles impactent et limitent leur possibilité de suivre une scolarité. Il pourrait donc en être de même pour la question de l'insertion dans l'emploi, mais ce n'est pas le cas. Il est alors intéressant de regarder les parcours des jeunes, les types d'aide demandés, les propos de leurs conseillers sur leurs trajectoires et leurs conseils d'orientation.

Le parcours antérieur en psychiatrie de certains jeunes semble être un déterminant clé de leur orientation vers des dispositifs du champ du handicap. Pour les jeunes qui ont été hospitalisés en psychiatrie ou inscrits dans des institutions étiquetées par la psychiatrie, l'orientation vers le milieu protégé ou vers le dispositif spécialisé d'aide à l'insertion dans l'emploi semble plus rapide. C'est le cas par exemple pour Yves, Mathéo et Marin.

➤ Yves à 31 ans au moment de notre rencontre. Son père était militaire et sa mère enseignante. Yves raconte qu'il a eu une scolarité difficile. Il est moqué par ses pairs pour des problèmes somatiques. Après son CAP, Yves s'engage dans l'armée. Il a 18 ans. Après trois ans comme militaire, Yves dit qu'il fait un burn-out suite à un drame vécu sur le terrain. Il est alors hospitalisé en psychiatrie (à 21 ans), où il va passer plusieurs mois. A sa sortie de l'hôpital, il souhaite trouver un nouveau travail pour subvenir à ses besoins. Il est

⁹⁷ Ce dispositif, porté par l'association Bruyère puis Primevère, est décrit en détail dans le chapitre 6.

orienté vers la MDPH et un ESAT par une psychologue et une assistante sociale, où il entre alors qu'il a 23 ans.

➤ Mathéo a 24 ans au moment où nous le rencontrons. Sa mère, infirmière, l'a élevé seule. Mathéo raconte que ces premiers troubles apparaissent à la fin du collège et se développent pendant toute la période du lycée. Mathéo est hospitalisé pour la première fois, un soir où il « pète les plombs » à l'internat de son lycée. Après une formation professionnelle, Mathéo commence rapidement à travailler, mais dans un milieu qu'il qualifie de mauvais pour sa santé (horaires décalés, travail de nuit, présence d'alcool et de drogue, bagarres...). Après plusieurs années de travail à 600 km de chez lui, Mathéo revient dans sa ville natale et décide d'accepter les incitations de sa mère à voir un médecin psychiatre, qui lui diagnostique alors des troubles bipolaires. Depuis sa première hospitalisation pendant le lycée, Mathéo en a connu plusieurs autres. Lorsqu'il entre à la mission locale avec pour projet de changer d'orientation professionnelle, il informe sa conseillère de ses problèmes de santé dès les premiers rendez-vous. Celle-ci se place dans une posture distanciée par rapport à la psychiatrie. Elle considère que l'accompagnement de jeunes avec des troubles psychiques ne relève pas de sa compétence et oriente alors Mathéo vers un dispositif d'accompagnement spécialisé, qui nécessite d'effectuer une demande à la MDPH. Mathéo accepte alors de déposer un dossier, car il souhaite bénéficier de l'accompagnement renforcé et adapté présenté par sa conseillère.

➤ Marin a 24 ans au moment de notre rencontre. Son père est cadre supérieur et sa mère après une carrière de cadre dans la fonction publique et un début de retraite se convertit professionnellement dans le milieu de la psychologie. Marin rencontre des difficultés pour se rendre à l'école dès le primaire. Ses difficultés s'aggravent jusqu'à la fin du collège où il commence une scolarité à domicile. Marin est suivi par un psychiatre. Il entre ensuite dans le service de scolarité d'une clinique qui accueille des jeunes suivis en psychiatrie. Il reste quelques années dans le service mais ne passe pas toutes ses épreuves du bac. Il tente ensuite de reprendre une scolarité à distance, mais sans succès. Il s'inscrit après cela à la mission locale et effectue un stage. Mais il arrête ensuite pendant plusieurs mois ses démarches du fait de ses troubles. Lorsqu'il se sent mieux, Marin retourne à la mission locale. Il présente son parcours scolaire marqué par le passage à la clinique à sa nouvelle conseillère. Celle-ci (qui est la même conseillère que celle de Mathéo dont nous décrivons le parcours juste avant), l'oriente alors vers le dispositif spécialisé d'aide à l'insertion dans l'emploi pour des personnes avec un handicap psychique. Désireux d'avoir un accompagnement renforcé, Marin accepte tout de suite de déposer un dossier à la MDPH pour pouvoir accéder au dispositif.

Pour ces trois jeunes, leur parcours antérieur dans le champ de la psychiatrie semble « jouer un rôle déterminant dans leur orientation vers la MDPH. Pour Marin et Mathéo, qui sont accompagnés par la même conseillère de mission locale, l'étiquette « psychiatrie » accolée à leur parcours légitime une orientation vers le milieu spécialisé selon leur conseillère. Ce qui pose problème bien souvent aux professionnels du social pour orienter les jeunes vers le champ du handicap, c'est l'incertitude quant à la nature des troubles et la peur de les faire entrer à tort ou prématurément dans une carrière de personne handicapée. Le fait que ces jeunes (Mathéo et Marin) aient déjà une carrière dans des

dispositifs psychiatriques, lève ces craintes pour la professionnelle que nous avons rencontrée et légitime la prise en charge par un autre secteur que le sien. Yves est lui plus âgé au moment où il entre dans le champ de la psychiatrie. Il a par ailleurs des troubles somatiques associés qui génèrent également du handicap.

Pour les autres jeunes, dont la nature des troubles semble plus incertaine, le processus d'entrée dans le champ du handicap est plus long et fait l'objet de plus de négociations. Il est d'ailleurs intéressant de voir que, hormis pour une jeune, Noémie, qui est orientée vers une entreprise adaptée, toutes les autres demandes sont des RQTH avec orientation en milieu ordinaire. Ce qui se joue pour tous ces jeunes, et plus particulièrement encore pour ceux qui ne sont pas encore inscrits dans une carrière psychiatrique, c'est le changement d'identité induit par la reconnaissance institutionnelle. Pour ces jeunes, l'entrée dans un dispositif spécifique à un coût symbolique : ils ne sont plus seulement des jeunes en difficulté d'insertion, mais des jeunes « handicapés ». Cette transition marque une nouvelle projection dans l'avenir que celle qui était jusque-là envisagée. Les professionnels de la mission locale que nous avons rencontrés parlent d'ailleurs du temps qui est bien souvent nécessaire pour « accepter » son handicap⁹⁸.

« Ce qui est plus compliqué, c'est qu'il accepte sa RQTH parce qu'on sent bien qu'il l'accepte pas. Enfin, qu'il accepte qu'à moitié. Et donc du coup, je l'oriente vers une entreprise adaptée, pour faire un stage ou en tous cas pour voir s'il y a pas quelque chose qui pourrait correspondre mieux. Parce qu'il a des projets de métiers où il faut aller vite. Il faut comprendre rapidement. Il faut pas avoir les deux pieds dans le même sabot. Et euh... et il y a plein de contraintes et plein d'impératifs qui se greffent et qu'il faut pouvoir absorber. Typiquement, bah il est pas en capacité. Donc, c'est plutôt lui dire. Mais on va travailler différemment. On sait que tu sais travailler. Il y a pas de problème ! Parce que malgré tout, t'as été au bout de ton stage. Certes, ils t'ont pas recruté. Mais, on sait pourquoi. Et t'as déjà fait plein de stages et voilà ! À chaque fois, ça n'a pas fonctionné. Donc, il faut qu'on aille dans l'autre sens. Et partir de ce qui ne fonctionne pas pour que demain on trouve. Et donc du coup, là, dernièrement j'ai signé une période de stage pour qu'il parte faire un stage dans une entreprise adaptée.

Et là typiquement, je pense que c'est l'entreprise qui peut lui convenir. Parce qu'on est entre les deux. Ce n'est pas non plus ... catalogué ... (Rires) C'est pas l'ESAT. C'est pas... voilà ! Je sais faire. Je travaille comme tout le monde. Mais en même temps, les encadrants techniques vont faire attention à ce qu'il est en capacité ou pas de faire. » (Conseiller Mission Locale)

Un déterminant social nous paraît jouer un rôle important dans la prise de décision des jeunes de déposer un dossier à la MDPH pour une RQTH : ce sont des jeunes qui ont de faibles ressources

⁹⁸ Dans le chapitre 6, nous détaillons avec plus de précisions le point de vue des professionnels de la mission locale dans le processus d'orientation vers un dispositif d'insertion du champ du handicap (par exemple, concernant le fait de parler de la RQTH à un jeune).

financières, soit parce qu'ils ne bénéficient pas de solidarité familiales, soit parce que leurs familles ont de faibles ressources. Ainsi, ils espèrent, tout en étant septiques, que la RQTH les aide à trouver un travail dans lequel ils pourront rester et ainsi subvenir à leurs besoins de façon autonome. C'est le cas par exemple pour Fleur.

➤ Fleur à 25 ans au moment de notre rencontre. Ses parents sont ouvriers. Fleur est entrée dans le dispositif « garantie jeune » l'année de ses 23 ans, orientée par son conseiller de mission locale qui identifie son absence de ressource comme un frein à son insertion. Son entrée est donc motivée par une raison financière. Quelques mois avant la fin du dispositif, sa référente de mission locale se mobilise pour obtenir une prolongation exceptionnelle de la garantie jeune jusqu'aux 25 ans de Fleur (soit environ 6 mois de plus). En effet, sans ce dispositif, Fleur n'a toujours aucune ressource. L'enjeu est donc de maintenir son allocation jusqu'à ce qu'elle puisse demander le RSA. En parallèle, Fleur est accompagnée par la référente santé de la mission locale qui l'oriente vers un psychiatre dans un premier temps, puis vers une demande de reconnaissance d'un handicap dans un second temps. Dans le dossier MPDH, Fleur fait une demande de RQTH mais aussi d'AAH. Les professionnels que nous avons rencontrés et qui ont accompagné Fleur, nous racontent qu'ils ont travaillé avec Fleur à l'acceptation de la situation de handicap. Fleur nous parle elle aussi de sa demande MDPH et nous explique le rôle important que joue son frère dans son rapport à ces démarches : son frère, de deux ans son cadet, ingénieur, se renseigne beaucoup sur les troubles psychiques et les dispositifs que peut mobiliser sa sœur. Il est le premier à lui avoir parlé de la MPDH et plus particulièrement de la RQTH. Il discute avec elle des avantages et inconvénients qui peuvent lui être associés. Une fois passée l'acceptation du dépôt de dossier à la MDPH pour une RQTH, l'AAH semble avoir été associée comme une demande complémentaire. L'enjeu de la négociation a porté plus sur la RQTH que sur l'AAH, car la perspective envisagée tant par Fleur, son entourage, que les professionnels est l'insertion dans l'emploi. La demande d'AAH apparaît alors comme secondaire dans la démarche, afin d'obtenir des revenus supérieurs au RSA si le dossier est accepté, afin de pouvoir se payer un logement à Villers-les-Nains et de poursuivre les démarches d'insertion professionnelle.

➤ Noémie à 23 ans. Elle habite chez sa mère qui est à la recherche d'un emploi, son beau-père qui est ouvrier qualifié et ses 3 frères et sœurs dans un appartement avec deux chambres. Son plus jeune frère est autiste. Noémie souffre d'une pathologie somatique diagnostiquée à ses 12 ans. Noémie souhaite travailler en tant qu'ouvrière qualifiée (elle a passé les diplômes nécessaires), mais peine à trouver un emploi (difficultés à se déplacer pour accéder aux lieux de travail sans avoir de voiture, propositions d'horaires de nuit qui ne lui permettent pas d'y accéder en transports en commun). Noémie est accompagnée par la mission locale. Sa première conseillère l'oriente vers une demande de RQTH. Sa seconde conseillère, dans le dispositif garantie jeune, l'oriente vers une demande d'entreprise adaptée. Elle explique les difficultés d'insertion dans l'emploi de Noémie par des troubles psychiques. Elle n'a pas connaissance de la pathologie somatique de la jeune femme. Noémie effectue ces demandes à la MDPH et les obtient. Mais sa RQTH la pénalise lorsqu'elle en parle aux agences d'intérim et elle n'est pas retenue après une période d'essai dans une des entreprises adaptées du territoire.

Dans le cas de Noémie, nous avons rencontré la jeune femme et sa conseillère de mission locale. Cette dernière n'a pas parlé à Noémie de l'AAH. Elle se place en effet dans la posture que nous qualifions précédemment dans ce chapitre de « prudente » vis-à-vis de ce dispositif. Elle préfère que Noémie expérimente différents dispositifs d'insertion, y compris dans le champ du handicap, avant de parler d'AAH. Au cours de l'entretien, Noémie ne parle pas de ce dispositif, laissant penser à une forme de non recours par non-information selon la typologie du non recours développée par Philippe Warin (Warin, 2016). A l'inverse, le conseiller qui oriente Fleur tant vers la RQTH que vers l'AAH, envisage cette allocation comme un moyen temporaire pour la jeune femme de subvenir à ses besoins et de lever la difficulté financière qui peut la freiner dans son insertion professionnelle.

La mise en regard de ces deux cas montre la part de l'aléa dans la circulation des jeunes dans le champ du handicap et dans leur recours aux différents dispositifs existants. En effet, en fonction du hasard des affectations de leurs conseillers, ils seront informés ou non de l'existence des dispositifs du handicap, jouant ainsi sur le non-recours par non information. Cela ne veut pas dire que tous les jeunes informés font la démarche de déposer un dossier à la MDPH, mais que l'accès à l'information sur leurs droits potentiels est inégalement accessible.

2.4 Des entrées par le somatique

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, plusieurs d'entre eux nous disent avoir des problèmes de santé physique (6/39). Dans certains cas, des troubles physiques et psychiques sont qualifiés de façon concomitante. C'est le cas par exemple pour Noémie⁹⁹ et Rose. Pour ces deux jeunes, l'origine et la nature des troubles somatiques est incertaine. Cela amène alors chez certains professionnels une lecture psychologique de leurs problèmes de santé physique.

➤ Rose a 25 ans au moment où nous la rencontrons¹⁰⁰. Elle se dit en très bonne santé jusqu'au lycée. Elle commence à cette période à ressentir une très grande fatigue et perd subitement beaucoup de poids. Elle développe ensuite des douleurs articulaires, de dos, à des paralysies musculaires. Lorsqu'elle passe des examens médicaux, de nombreux problèmes de santé somatique lui sont diagnostiqués, sans explication sur la raison de leur développement de plus en plus important. Rose est accompagnée par la mission locale dans sa recherche d'emploi. Son conseiller de mission locale s'oriente vers elle car il identifie chez elle une souffrance psychique, ce que dément Rose lorsque je la rencontre. Elle me dit souffrir de sa situation mais ne pas en être déprimée, comme le laisse entendre son conseiller. Ce dernier, accompagné de la référente santé de la mission locale, orientent

⁹⁹ Nous ne représentons pas ici le parcours de Noémie, décrit dans le point précédent.

¹⁰⁰ Nous n'avons pas d'information sur la profession des parents de Rose. Rose a longtemps entretenu une relation conflictuelle avec ses parents et a habité chez sa grand-mère dès le lycée.

Rose vers une demande de RQTH à la MDPH. Ils mettent en avant dans le dossier de demande uniquement les troubles somatiques de la jeune femme.

Pour d'autres jeunes, leurs problèmes somatiques se développent dans un second temps par rapport au diagnostic de trouble psychique. C'est le cas par exemple pour Suzanne et Natacha.

➤ Suzanne a 23 ans au moment où nous la rencontrons. Son père est ouvrier de nuit. Sa mère est décédée lorsque Suzanne était enfant. Suzanne dit vivre une adolescence marquée par la tristesse et la solitude. Sa souffrance est exacerbée après sa scolarité. Puis, Suzanne commence un accompagnement à la mission locale. Son conseiller l'oriente rapidement vers la référente santé de la structure, qui elle-même l'oriente vers un suivi psychologique. En parallèle, elle signe un contrat de travail de 3 ans. Mais rapidement, elle a des problèmes de dos et son médecin lui prescrit de multiples arrêts de travail. Suzanne est licenciée pour inaptitude par son employeur. La mission locale lui conseille alors de déposer un dossier auprès de la MDPH pour obtenir une RQTH.

➤ Natacha a 23 ans au moment où nous la rencontrons. Son père est ouvrier du bâtiment et sa mère est employée du médico-social. De ses 16 à ses 18 ans, Natacha habite dans une famille d'accueil. Durant son année de terminale au lycée, Natacha commence à avoir des difficultés à se rendre en cours. A la fin de l'année, elle ne va pas passer les épreuves du bac. Elle repasse le bac l'année suivante en candidate libre mais ne l'obtient pas. Natacha dit avoir honte de sa situation, qu'elle cache à la plupart des personnes de son entourage. Natacha commence un suivi psychologique puis arrête. Elle s'isole, ne sort plus en journée, ment sur sa situation. Natacha raconte être en grande souffrance à cette période. Puis, suite à une agression dans son quartier, Natacha décide de s'inscrire dans une salle de sport pour se renforcer musculairement et pouvoir se défendre à l'avenir. Mais elle se blesse gravement au dos au cours d'un entraînement. Puis, l'assistante sociale qui accompagne sa mère, lui conseille de se rendre à la mission locale. Natacha qui refusait de s'y rendre auparavant par honte de devoir expliquer ce qu'elle a fait ces dernières années, accepte finalement car ses problèmes de dos lui donnent une explication à ses difficultés. A la mission locale, elle rencontre la professionnelle chargée des questions de santé, qui l'oriente vers différents professionnels pour ses problèmes de dos mais aussi vers un psychiatre. Plus tard, Natacha dépose un dossier à la MDPH pour ses problèmes de dos, afin de passer un Diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires (DAEU) qui lui permet de reprendre ses études.

Dans ces situations où un flou existe sur la nature des troubles ou lorsque différents types de problématiques de santé sont associées, il est intéressant de voir quels diagnostics sont mobilisés lors d'une demande à la MDPH et l'impact que cela a sur leurs parcours et espoirs. Parmi les six jeunes qui ont des problèmes de santé physique que nous avons rencontrés, quatre d'entre elles ont fait une demande à la MDPH : Noémie, Rose, Suzanne et Natacha. Elles ont toutes données comme cause de leur handicap des raisons somatiques. Pour Noémie, Rose et Suzanne, la problématique de santé psychique est moins marquée que celle somatique, puisqu'elles n'ont pas eu de suivi psychiatrique. Il y a même pour Rose et Noémie un écart important dans la présentation de la nature des troubles selon

qu'ils sont présentés par les jeunes eux-mêmes ou par les professionnels qui les accompagnent. Ainsi, pour Rose et Noémie, leur souffrance psychique est secondaire et dû à leurs problèmes de santé somatiques qui les handicapent et les limitent dans leur insertion professionnelle. Les professionnels en revanche nous présentent leur situation sociale comme étant liée principalement à leur état de santé psychique. Pour autant, au moment de compléter le dossier MDPH, ce sont les raisons somatiques qui sont mises en avant. Dans le cas de Rose, son conseiller de mission locale l'aide à remplir son dossier et communique un rapport sur ses difficultés d'insertion. Il décrit alors uniquement les problèmes somatiques de Rose qui lui permettront d'accéder à des dispositifs du champ du handicap, utiles pour ses troubles psychiques. Son idée est de faire accepter à Rose cette démarche de demande d'aide, sans la braquer avec un diagnostic psychique plus stigmatisant et avec lequel elle est distante.

Le cas de Natacha est également intéressant à observer, car le soin psychiatrique est concomitant au soin somatique. Lorsqu'elle est confrontée à ses troubles psychiques seules, Natacha refuse de solliciter de l'aide, car elle trouve sa demande illégitime au regard de sa situation de santé. En revanche, lorsqu'elle se blesse au sport et en garde des séquelles physiques chroniques, sa situation évolue et elle mobilise des aides publiques. Natacha utilise un vocabulaire fort autour de la « légitimité » et du statut. Elle place les troubles psychiques du côté de l'illégitimité et de l'absence de statut (y compris de personne malade), alors que les troubles physiques sont du côté du légitime et lui permettent d'accéder à un statut de personne handicapé, donnant un sens acceptable socialement au contenu de sa vie de ses dernières années.

« Ma période d'isolement a duré trois ans. Pourquoi j'ai rencontré la référente santé de la mission locale ? Parce que je n'ai pas eu mon Bac à mes 18 ans, 19 ans. Je n'ai pas été aux épreuves, après, tout s'est enchaîné.

Je n'avais pas mon diplôme, j'ai essayé de le repasser en candidature libre mais je n'arrivais pas à me discipliner, je ne savais pas où aller. Je n'avais pas de statut et pendant ces trois années, c'est surtout de ne pas avoir de statut, de ne pas être intégrée dans quelque chose. Même un chômeur a un statut, il recherche un travail, il a déjà travaillé, il recherche un travail.

Pendant ces trois ans, j'ai sans arrêt essayé de... de... comment dire ?... de... [elle cherche ses mots, parle avec émotion] ah là, là... de trouver, oui, de trouver une case où me ranger. Et en fait, je me suis fait agresser plusieurs fois et j'ai eu des problèmes physiques. J'ai des problèmes au dos, j'ai des problèmes aux pieds.

D'abord, ces problèmes de santé, ça m'a presque donné un statut. Je n'ai pas de statut de travailleur handicapé — je peux encore. Du coup, ça a justifié auprès de ma famille, même des voisins, pourquoi je ne travaillais pas. » (Natacha, 23 ans)

La notion de légitimité mise en avant par Natacha peut être lue en termes de reconnaissance sociale (Honneth, 1992). Ainsi pour Natacha, les troubles psychiques exposent à un risque de mépris social,

qu'elle tente de cacher à tout prix. Son retrait et les mensonges à ses proches sont alors une forme de gestion du stigmaté (Goffman, 1963). A l'inverse, les troubles physiques auxquelles elle est confrontée n'apparaissent pas comme vecteur de mépris mais au contraire, de reconnaissance sociale. Alors qu'elle décrit ses difficultés psychiques au cours de l'entretien comme relevant de sa responsabilité, l'écart à la norme induit par ses troubles physiques sont comme indépendants de sa volonté, une épreuve qu'elle subit. C'est ce caractère de responsabilité ou d'irresponsabilité par rapport à l'écart à la norme qui semble être chez Natacha source de souffrance. Cette représentation des troubles psychiques peut mener à un cercle vicieux d'isolement.

Cette dichotomie dans la représentation des troubles psychiques et physiques se retrouve dans les autres cas, même si cela prend une forme différente : face à des troubles incertains, mais ayant un impact sur la vie sociale de la personne, ce sont les raisons physiques qui sont mises en avant car d'une part moins stigmatisées et d'autre part, moins soumise à discussion quant à leur existence. Nous reprendrons ici les propos de Henri Dorvil : « *Contrairement à la maladie physique où les signes cliniques sont en général évidents, il existe parfois une confusion totale entre l'état de maladie mentale et l'état de santé mentale. [...] La différence s'avère très grande avec l'orthopédie par exemple, où l'on n'hospitalise pas quelqu'un s'il n'a pas un membre fêlé ou cassé.* » (Dorvil, 1990, p46-47). Cette incertitude sur les troubles psychique est double pour les jeunes personnes chez qui les diagnostics sont posés avec précaution¹⁰¹. Ainsi, les troubles somatiques permettent-ils de faciliter l'accès au champ du handicap et à ses dispositifs, car ils sont plus lisibles et moins stigmatisants.

Concernant la question du stigmaté, un autre point nous paraît important à développer : le recours à certains dispositifs du champ du handicap est questionné dans son efficacité par les jeunes eux-mêmes. C'est ce que nous avons observé par exemple avec la RQTH. Une partie des jeunes qui en effectuent la demande se posent la question de savoir si la présentation de la RQTH à un employeur ne va pas plus les pénaliser que faciliter leur accès à l'emploi. Ils craignent en effet d'être stigmatisé, de faire peur ou d'être jugé comme moins compétent. Si la RQTH ne précise pas la nature du handicap, l'absence de problématique de santé visible ou de demande d'aménagement physique peut laisser percevoir à l'employeur que la personne est confrontée à des troubles psychiques. Noémie par exemple nous raconte en entretien qu'elle a hésité à demander une RQTH pour cette raison.

« Moi, j'ai fait mon dossier MDPH, ça a été accepté et c'est valide ma RQTH donc du coup maintenant, j'ai une reconnaissance travailleur handicapé. C'est d'ailleurs ma conseillère autrefois, ma conseillère sociale à la Mission locale de base avant que je rentre à la Garantie jeune qui m'a conseillé de faire cette RQTH pour avoir des postes adaptés pour moi. Après, j'ai été réticente parce que moi, je voyais ça sous un autre angle que si j'entends le recruteur bah, ça

¹⁰¹ Cf chapitre 3

allait être mal vu, enfin pas mal vu, mais déjà, j'étais fermée sur mon handicap et pour en parler, bah c'est comme si ça allait me fermer des portes, moi je voyais ça dans ce sens-là. Mais après, je me suis dit : « Peut-être c'est pour mon bien enfin, au niveau de la santé » donc du coup, j'ai pris donc du coup, là j'en ai pour 4 ans qu'on verra bien, mais là pour le moment enfin... pour moi, ça m'aide pas forcément... » (Noémie, 23ans)

Xavier qui a lui une RQTH pour un handicap psychique, raconte au cours de l'entretien les nombreuses fois où il a été victime de discriminations à l'embauche à cause de sa RQTH. Il décrit ainsi la reconnaissance institutionnelle du handicap comme une bifurcation identitaire, source de mépris et de déclassement social. Il conclue notre rencontre par ses propos :

« Pour nous, c'est dur. Franchement, c'est dur. Parce que l'image qu'on a des... en disant « handicapé », est toujours une image des gens en fauteuil roulant, un peu encombrant. D'autres, certains, c'est des personnes un peu trisomie 21 qui se voient. Les autres, ce handicap-là, on va pas se moquer d'eux. Bien nous, notre handicap, qui soit moins... parce que c'est psychique, dans la tête, on n'a pas à se moquer de nous non plus. Il y a pas ce : « Ah non ! Lui, c'est un cinglé. Il va péter un plomb, il va nous taper », un truc comme ça. Mais non, non, non. On est stabilisés, on a des médicaments, c'est pas pour rien. Il faut qu'on nous fasse confiance et il faut qu'on nous aide plus. » (Xavier, 23 ans)

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons croisé différents niveaux de déterminants macro-sociaux (l'offre institutionnelle dans le champ du handicap), micro-social (l'organisation de cette offre à l'échelle de notre territoire de recherche) et macro-social (la réception de cette offre tant par les jeunes que leurs parents et les professionnels qui les accompagnent). Cette analyse met en évidence plusieurs mécanismes sociaux déterminant les parcours menant à une demande de reconnaissance institutionnelle d'un handicap.

Tout d'abord, si l'on conçoit le handicap comme social, lié à l'environnement des jeunes, on peut considérer que des situations de handicap se développent bien avant leur reconnaissance institutionnelle par une MDPH. Ce constat fait écho à celui sur la construction sociale des troubles psychiques développé par François Sicot ou encore par Lise Demailly : il y a un écart entre les situations de troubles et handicap psychiques nommées et celles traitées institutionnellement. Ainsi nous sommes nous demandée : qu'est ce qui déclenche la demande de reconnaissance institutionnelle du handicap à un moment donné du parcours des jeunes et pas avant, même si la situation de handicap était déjà présente ?

Ces mobilisations s'effectuent dans un contexte où un écart à la norme est nommé, entraînant une remise en question de l'insertion sociale des jeunes. Romuald Bodin identifie pour chaque catégorie du handicap, une relation problématique à une institution sociale : « *il est dès lors possible de montrer le lien étroit qui existe entre les différentes familles de handicaps et l'expérience spécifique faite de certaines institutions par les individus concernés. La reconnaissance de tel ou tel type de handicap, en effet, ne survient pas n'importe quand au sein des biographies individuelles. On observe une distribution non contingente des reconnaissances de handicap liée à la structuration temporelle des cours de vie par les institutions. Dit autrement, chaque grande famille de handicap tend à correspondre à un certain âge social, c'est-à-dire à l'expérience par les individus d'une institution spécifique.* » (Bodin, 2019). Ainsi selon Romuald Bodin, pour le handicap intellectuel, c'est l'institution scolaire, qui va mener à la construction d'un handicap, alors que pour le handicap psychique, c'est l'institution familiale qui participe de ce processus.

Nous nuancions dans ce chapitre cette analyse : en effet, la famille apparaît comme un déterminant clé de la demande de reconnaissance, mais tout comme pourrait l'être l'école dans de très nombreuses situations observées. Le fait que les demandes de prise en charge du handicap psychique se fassent tardivement par rapport au moment de la qualification des troubles tient selon nous à l'histoire de la structuration de l'offre médico-sociale et en psychiatrie. Sur notre terrain de recherche, les dispositifs permettant de compenser un handicap psychique pour les jeunes se situent toujours dans le giron du secteur sanitaire et psychiatrique. C'est ce que nous analyserons dans le chapitre 5 avec la présentation d'un service de scolarité pour jeunes avec des troubles psychiques, rattaché à une clinique. Les dispositifs de compensation du handicap en milieu scolaire, sont quant à eux décrits comme inadéquats pour les situations de jeunes que nous avons rencontrés. Ainsi, même si les jeunes sont limités dans leur scolarité du fait de troubles psychiques (ce qui correspond à la définition sociale du handicap défendue par la loi de 2005), ils ne font pas de demande de reconnaissance à la MDPH à cette période de la vie, car ils n'y voient pas encore l'intérêt. Dans les quelques cas rencontrés où les jeunes ont effectué un dossier à la MDPH alors qu'ils étaient en âge scolaire, il est d'ailleurs particulièrement intéressant de voir que les demandes ne se font pas pour un handicap psychique. La catégorie du handicap intellectuel est d'abord mobilisée, elle correspond à une offre du champ, et disparaît ensuite dans les dossiers pour être remplacée par la catégorie de handicap psychique. Ce constat fait écho aux travaux d'Hervé Henry, qui met en évidence la construction des diagnostics, non pas au regard des manifestations des troubles, mais pour s'adapter à l'offre de prise en charge des territoires sur lequel se trouvent les personnes (Henry, 2020).

Dans la continuité de cette thèse, nous avançons l'idée selon laquelle l'offre médico-sociale, inégale selon les catégories historiquement mobilisées dans la construction de ce secteur, joue sur la

mobilisation de catégories poreuses englobées par le terme de handicap mental (psychique, cognitif et intellectuel). Ainsi, pour les personnes confrontées à des troubles psychiques jeunes (fin d'école primaire, début du collège), ce sont des dispositifs relevant de handicap cognitif et intellectuel qui sont mobilisés. Selon les ressources des familles en capital social, culturel, économique, ces dispositifs sont inégalement mobilisés. La gestion des troubles en dehors du champ du handicap est plus longue pour les personnes qui bénéficient de plus de ressources. Cette analyse permet de comprendre le parcours de jeunes qui ont un handicap qualifié de psychique au moment où nous les rencontrons et qui sont entrés via le scolaire dans le champ du handicap.

Dans ce chapitre, nous mettons également en lumière le poids des inégalités sociales sur la construction du handicap. Pour des jeunes pour lesquels une souffrance ou des troubles psychiques sont qualifiés et qui n'arrivent pas à s'insérer de façon pérenne dans l'emploi, celles et ceux qui ne peuvent s'appuyer sur des solidarités familiales, par rapport à celles et ceux qui en bénéficient, sont plus rapidement orientés vers le champ du handicap. Bénédicte Herrgott a ainsi analysé la manière dont cette allocation (à l'époque l'AAH) pouvait se substituer au RMI de l'époque (actuel RSA) pour un public adulte (Herrgott, 1999). Nous soutenons dans ce chapitre que l'allocation adulte handicapé comble un vide dans l'offre de solidarité publique entre 21 ans et 25 ans, pour des jeunes confrontés à une souffrance sociale et à des troubles psychiques incertains. Ainsi, si le « handicap social » n'est pas censé donner l'accès aux dispositifs du champ du handicap (Ville, Fillion, Ravaud, 2015), le flou qui entoure les troubles psychiques au moment du passage à l'âge adulte permet de contourner cette exclusion des déterminants sociaux. Cette analyse permet de comprendre le deuxième profil d'entrée dans le handicap que nous présentons, celui par les ressources.

La construction du handicap psychique chez les jeunes se structure en majorité autour de la question de l'insertion dans l'emploi. Pour les jeunes qui ont déjà un parcours de plusieurs années en psychiatrie, le milieu social d'origine semble relativement neutralisé comme variable d'entrée dans le champ du handicap. En revanche, il va jouer sur la manière dont les jeunes perçoivent la mobilisation de ces aides et se projettent dans l'avenir. Pour les jeunes dont les familles disposent du plus de capital social, économique, culturel et les soutiennent, le dépôt d'un dossier à la MDPH a une fonction instrumentale. Cela leur donne accès à un dispositif d'aide qui doit ensuite leur permettre de s'insérer dans l'emploi. Leur projection dans l'avenir est plutôt optimiste : ils se projettent dans un emploi qui sera source d'épanouissement. Ils souhaitent travailler, non pas tant par crainte de la précarité, que pour être indépendants financièrement de leurs familles. Ils ont une perception plus distanciée du travail et envisagent une vie épanouie par d'autres biais. L'insertion dans l'emploi ne revêt par le même caractère d'urgence que pour les jeunes les plus précaires. Ils s'inscrivent plus dans le modèle de la « quête de soi » du devenir adulte (Van de Velde, 2008). Pour les moins diplômés et ceux qui disposent

du moins de capital (économique, symbolique, culturel), les postes qui leurs sont accessibles et qu'ils ciblent en milieux ordinaire (usine, fast-food) demandent souvent des cadences, des exigences fortes en terme de rentabilité, pas de flexibilité sur les horaires, soit des conditions de travail souvent incompatibles avec les troubles et les effets secondaires des traitements. Leur projection dans l'avenir est pessimiste et ils envisagent l'idée de travailler en milieu protégé (entreprise adaptée et ESAT), pour subvenir à leurs besoins sans aide de leur famille. Le recours à ces dispositifs apparaît comme un déclassement social subi. Ces jeunes s'inscrivent plus dans le modèle du « placement » du devenir adulte, avec son caractère urgent et difficile (Van de Velde, 2008).

Le dernier point du chapitre examine les entrées dans le handicap par le biais de troubles somatiques. Deux éléments ressortent : certains jeunes qui se décrivent en souffrance psychique ne souhaitent pas faire de demande à la MDPH, même s'ils sont en difficulté d'insertion du fait de leurs troubles, car la souffrance psychique ne leur apparaît pas légitimer une demande d'aide. C'est de plus une source de honte qu'ils souhaitent cacher le plus possible dans certains cas, d'autant plus lorsqu'ils n'arrivent pas à poser de mots sur ce qui leur arrive. C'est lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes de santé somatique que la perception de leur situation change. Cela traduit une représentation par les jeunes des troubles psychiques dont ils se sentent responsables, qui sont honteux, versus des troubles somatiques qui sont involontaires, qui peuvent être dits socialement et pris en charge. Dans d'autres cas, les entrées dans le handicap somatique se font sur la base d'une ambiguïté dans l'appréciation de la nature du handicap. Ces cas concernent des jeunes qui disent avoir des troubles physiques, que des professionnels hors sanitaire, qui orientent vers la MDPH, peuvent estimer être des somatisations ou des manifestations de troubles psychiques (notamment sur l'analyse des postures physiques lorsqu'ils ne sont pas au courant des problèmes de santé physique des jeunes). Malgré les différences d'interprétations, une négociation s'engage entre les jeunes, leurs proches et les professionnels qui les accompagnent et aboutit à une demande de reconnaissance d'un handicap, ressenti par les jeunes comme un changement identitaire important.

La qualification des troubles psychiques, leur prise en charge ou non, la reconnaissance institutionnelle d'un handicap psychique, sont autant d'événements dans les parcours des jeunes qui peuvent avoir un impact sur leur positionnement social actuel et futur. Dans la troisième et dernière partie de cette thèse, nous analysons la manière dont deux normes occupationnelles de la jeunesse, qui font également l'objet d'un investissement politique important, la scolarité et l'insertion dans l'emploi, sont renégociées au regard de ces événements.

Partie 3 : La négociation des normes occupationnelles de la jeunesse

Dans la deuxième partie de la thèse, nous avons analysé la manière dont se déroulent d'une part, le processus de qualification des troubles et d'autre part celui de la demande de reconnaissance institutionnelle d'un handicap du fait de troubles psychiques. L'observation de ces étapes des parcours des jeunes montre les enjeux forts qui lient la qualification des troubles et du handicap avec les normes occupationnelles de la jeunesse que sont la scolarité et l'emploi. En effet, les troubles et le handicap peuvent être qualifiés au regard de ces normes : c'est l'incapacité à s'y conformer, la souffrance qui se crée au moment d'exercer ces rôles communs à une classe d'âge, qui permet de poser ces diagnostics. De plus, les troubles psychiques peuvent remettre en cause la possibilité pour les jeunes de se conformer à ces activités.

A partir de ces constats, nous traitons dans cette partie de la négociation de deux normes occupationnelles pour des jeunes avec des troubles psychiques : la scolarité et l'insertion dans l'emploi. Cette partie vise à répondre aux questions suivantes : quel est le rapport à la scolarité et à l'insertion dans l'emploi de jeunes avec des troubles psychiques ? Est-ce que ces représentations sont modifiées du fait des troubles psychiques ? Comment sont négociées ces normes ? Quels sont les déterminants des parcours scolaires et d'insertion dans l'emploi de ces jeunes ?

Pour répondre à ces questions, nous nous appuyons sur un recueil de matériaux qualitatifs. Nous mobilisons l'ensemble des entretiens que nous avons réalisés avec des jeunes, des parents et des professionnels de différents secteurs qui accompagnent les jeunes. Nous présentons plus particulièrement deux enquêtes : l'une de type ethnographique dans un service de scolarité d'une clinique dans lequel nous avons passé plusieurs mois, l'autre dans le réseau de missions locales de Villerose grâce auquel nous avons rencontré de nombreux jeunes et professionnels. Nous resituons ces deux services dans le panorama de l'offre locale d'accompagnement des jeunes, que ce soit concernant la scolarité ou l'accompagnement pour l'insertion dans l'emploi et mobilisons des entretiens réalisés avec des professionnels de ces diverses structures.

Sur le plan théorique, notre approche est celle de la sociologie des parcours de vie. Nous analysons les multiples composantes des actions de négociation de la scolarité et de l'insertion dans l'emploi. Nous traitons des aspects macro-sociaux : les enjeux moraux et la manière dont ils sont retranscrits dans l'organisation de l'offre publique. Nous décrivons également les aspects mezzo-sociaux : la manière dont s'organise l'offre au niveau local et dont les professionnels s'en saisissent. Enfin, nous

analysons les composantes à l'échelle micro sociale, en analysant la manière dont les affects, les objectifs, les théories et valeurs des différents acteurs, façonnent la négociation des trajectoires. Dans cette partie nous accordons également une place importante au rôle du milieu social d'origine des jeunes dans les capacités de négociations de leurs parcours. Nous analysons ainsi le poids du capital culturel, social et économique dans la détermination de ces différentes composantes de l'action.

Dans le chapitre 5, nous traitons de la négociation de la scolarité. Nous présentons dans une première partie, le panorama de l'offre de scolarisation pour des jeunes avec des troubles psychiques qualifiés. Nous analysons ici le poids de l'offre de scolarisation (ses publics cibles, critères d'entrée) sur la circulation des jeunes entre différents dispositifs. Dans un deuxième point, nous analysons les parcours de jeunes au sein du service de scolarité d'une clinique pour des élèves avec des troubles psychiques.

Le chapitre 6 se présente sous le même format que le chapitre 5. Dans un premier temps, nous présentons le panorama de l'offre locale visant l'insertion dans l'emploi, susceptible d'accompagner des jeunes avec des troubles psychiques. Nous analysons la manière dont l'organisation de cette offre détermine la circulation des jeunes en son sein. Dans un deuxième point, nous présentons une analyse de parcours de jeunes accompagnés en mission locale. Si cette structure ne cible pas spécifiquement les jeunes avec des troubles psychiques, son analyse est toutefois très révélatrice des enjeux moraux dans l'accompagnement de ce public. Ainsi, nous mettons en évidence différentes approches des jeunes et de la norme d'insertion dans l'emploi, avec une approche globale des parcours, d'une part, et une approche dite d'activation, d'autre part. Nous traitons du poids de ces approches, de la part d'aléas dans l'accompagnement des jeunes et la manière dont cela influence leurs parcours.

Enfin, dans le chapitre 7, nous traitons des représentations des normes occupationnelles par les jeunes que nous avons rencontrés. Nous reprenons notre découpage avec, d'une part, la scolarité et, d'autre part, l'accompagnement pour l'insertion dans l'emploi. Nous traitons ici de l'effet de ces normes, des morales qui les traversent, sur la représentation de soi des jeunes. Dans cette partie, une place importante est laissée à l'analyse des affects et des valeurs des jeunes. Nous mettons en évidence deux rapports au passage à l'âge adulte, avec d'un côté une logique et des enjeux de « placement social » importants et de l'autre, une logique de « quête de soi » (Van de Velde, 2006).

Chapitre 5 : La négociation de la scolarité

Norme occupationnelle de toute une classe d'âge (Chamboredon, 2015), l'école porte des enjeux forts en terme de placement social, et ce plus particulièrement en France où le diplôme reste très discriminant pour l'accès à l'emploi (Van de Velde, 2008). La massification scolaire et l'allongement des études amènent à une concurrence accrue et un renforcement du prestige des filières sélectives. L'école obligatoire jusqu'à 16 ans, basée sur un modèle méritocratique, doit permettre aux enfants de toutes classes sociales confondues de suivre une scolarité et d'accéder aux mêmes chances de réussite. Mais cette égalité des chances n'est qu'apparente puisque l'organisation scolaire reproduit la hiérarchie sociale (Bourdieu, 1964). Cette responsabilisation individuelle des résultats scolaire a pour effet de faire peser sur les élèves le poids de leurs échecs, et d'invisibiliser le rôle des déterminants sociaux des parcours scolaires.

Les troubles psychiques se développent et sont qualifiés dans bien des cas au cours de la scolarité. Pour 28 des 39 jeunes rencontrés, les troubles psychiques auxquels ils ont été confrontés ont été identifiés pendant leur scolarité. Pour une partie importante d'entre eux (11/39), le diagnostic de phobie scolaire est évoqué à un moment de leur parcours, mettant ainsi l'école au centre de la problématique. Dans tous les cas où les troubles ont été qualifiés en période scolaire, le statut d'élève a été mis en suspens ou remis en cause (impossibilité d'aller en cours du fait d'une hospitalisation ou du fait d'une impossibilité de s'approcher de l'école). Des réaménagements de la scolarité peuvent alors être initiés suite à ces périodes.

Dans ce chapitre, nous nous intéressons à la négociation des trajectoires scolaires de jeunes confrontés à des troubles psychiques. Comment se déroule l'épreuve scolaire (Martuccelli, 2006) lorsque l'on est confronté à des troubles psychiques, événement inattendu dans la trajectoire de vie et au développement incertain ? Quel est l'impact des troubles sur la scolarité ? Quelles sont les réponses apportées par le milieu scolaire pour des jeunes avec des troubles psychiques qualifiés ? Dans quelle mesure les inégalités sociales en jeu dans les trajectoires scolaires se reproduisent-elles pour des jeunes avec des troubles psychiques ? Comment sont négociées les aspirations scolaires des jeunes ? En bref, comment est perçu et négocié le risque de mise à l'écart de la norme scolaire ?

Nous nous appuyons sur les entretiens réalisés avec les jeunes, avec des parents ou encore les professionnels de l'Education Nationale. Nous analyserons également les données recueillies lors d'une immersion de 5 mois dans un service de scolarité au sein d'une clinique, période pendant laquelle nous avons suivi une classe de 10 jeunes qui faisaient leur rentrée dans la structure.

Ce chapitre comprend deux parties¹⁰².

Dans un premier temps, nous traitons du contexte local d'offre de scolarisation, dans lequel s'inscrivent les trajectoires des jeunes que nous avons rencontrés. Après une présentation de cette offre et de ses caractéristiques, nous regardons comment cette offre est mobilisée, ou non, par les jeunes que nous avons rencontrés. Ce parallèle nous permet d'analyser la construction des besoins et de l'offre de scolarisation pour des jeunes avec des troubles psychiques. Nous testons ici deux hypothèses en liens avec l'histoire de la construction du secteur médico-social et de celui de la psychiatrie¹⁰³. La première hypothèse s'inscrit dans la continuité du chapitre 4 sur la construction sociale du handicap. Elle concerne l'absence d'offre de scolarisation dans le champ du handicap pour des jeunes avec des troubles psychiques qui contribue à l'âge tardif de demande de reconnaissance institutionnelle d'un handicap psychique. Nous traitons de cette hypothèse dans un premier point où nous présentons un bref panorama de l'offre scolaire nécessitant une reconnaissance d'un handicap psychique et de sa mobilisation. Nous nous appuyons sur les entretiens avec les professionnels de l'éducation nationale, avec des jeunes et sur l'analyse de dossiers de demandes de reconnaissance d'un handicap psychique à la MDPH¹⁰⁴. La deuxième hypothèse concerne le caractère sélectif et inégalitaire des voix de scolarisation restantes pour les jeunes avec des troubles psychiques. Nous mobilisons là encore nos entretiens avec des professionnels de l'éducation nationale et avec les jeunes pour appuyer nos arguments. Nous présentons dans les points deux et trois l'offre de scolarisation en dehors du champ du handicap et la manière dont elle est reçue par les jeunes que nous avons rencontrés.

Dans la deuxième partie, nous traitons du parcours de jeunes au sein d'un dispositif de scolarité spécifique : un service de scolarité d'une clinique accueillant des jeunes suivis en psychiatrie. Si ce dispositif existe sur d'autres territoires, il est spécifique dans sa mise en œuvre à notre terrain. Ce focus nous permet dans un premier temps de présenter les aménagements de la scolarité prévus pour des troubles psychiques, incertains dans leur nature, leurs manifestations et dans leur devenir. Par la description de ce dispositif, nous présentons des formes d'aménagements raisonnables (Fillon, Guével, Roussel, 2016) de la scolarité. « *La notion d'aménagements raisonnables désigne toute tentative, dans une société, de s'accommoder ou de s'ajuster aux besoins d'un individu qui découlent de son appartenance à une minorité, dans le respect de l'égalité de traitement entre tous les êtres humains et*

¹⁰²Dans ce chapitre, nous utilisons des passages du rapport HanPsyJe « Du trouble au handicap psychique lors du passage à l'âge adulte : Trajectoires et traitement social »

¹⁰³ Cf Chapitre 2 de la thèse.

¹⁰⁴ Pour plus de détails sur ces matériaux, voir chapitre 4, encadré méthodologique.

des libertés fondamentales. » (Lejeune, 2016). L'intérêt de cette description microsociale est de mettre en lumière des enjeux moraux et des effets que l'on retrouve à une échelle plus large dans le traitement social des troubles psychiques chez les jeunes. Pour développer nos propos, nous nous appuyons sur une enquête de terrain de type ethnographique. Nous avons suivi un nouveau groupe d'élèves du service de scolarité, au sein d'une « classe d'immersion »¹⁰⁵, de sa rentrée à sa fin (avant l'intégration de nouvelles classes pour ces élèves de niveaux et filières différentes), soit pendant près de cinq mois. Nous avons effectué des observations quotidiennes dans ce dispositif, et avons réalisé des entretiens avec des jeunes scolarisés ou ayant été scolarisé dans la structure par le passé et avec des professionnels de l'établissement (du côté scolaire et médical). Ces matériaux nous permettent d'analyser la manière dont les jeunes circulent dans le dispositif et quels sont les déterminants de la manière dont ils vont passer cette « épreuve » scolaire (Martuccelli, 2006).

1. Etre scolarisé avec des troubles psychiques, quels aménagements, quelles offres ?

Les jeunes confrontés à des troubles psychiques alors qu'ils sont en âge scolaire, sont susceptibles de faire partie de deux populations à l'agenda des politiques éducatives : les « décrocheurs » scolaires et les jeunes en situation de handicap. Le retrait de la scolarité, à la fois perçu comme un risque pour l'ordre public (Thin, Millet, 2005) et comme une atteinte à la justice sociale (Ville, Fillon, Ravaud, 2014) fait l'objet de nombreux dispositifs publics, appartenant tant au champ médico-social, sanitaire, social et éducatif. Les objectifs sont distincts en fonction notamment de la perception du problème à l'origine du retrait scolaire.

Dans cette partie nous traitons de l'offre de scolarisation, sur notre territoire de recherche, pour les jeunes confrontés à des troubles psychiques, dont nous avons entendu parler au cours de notre enquête, par les professionnels, jeunes et parents. Ce panorama de l'offre est non exhaustif mais traite de l'offre citée ou croisée de façon récurrente dans notre enquête. Nous avons identifié une multitude d'offres de scolarisation, que nous avons regroupée en trois types d'offre : celle nécessitant une reconnaissance institutionnelle d'un handicap, l'offre de droit commun dans les milieux de vie des jeunes, et enfin, les dispositifs dépendants de la psychiatrie.

Pour chacune de ces catégories, nous précisons dans un premier temps en quoi l'offre disponible consiste, le public qu'elle cible et pourquoi, du point de vue des politiques publiques et des

¹⁰⁵ Le nom exact de cette classe a été changé par soucis d'anonymat.

professionnels. Dans un second temps, nous analysons les trajectoires des jeunes passés par ce type de service (ou l'absence de trajectoires). Nous présentons ensuite pour ces trajectoires les déterminants de la mobilisation (ou absence de mobilisation) de ces dispositifs, en nous attachant particulièrement à identifier l'impact du milieu social des jeunes sur la négociation des inscriptions scolaires. Cette analyse met en lumière les écarts et frictions entre différents niveaux de l'action publique telle qu'elle est pensée par les décideurs, mise en œuvre localement par les professionnels et enfin mobilisée et vécue par les jeunes et leurs proches.

1.1 Des offres dans le champ du handicap

La loi du 11 février 2005 et la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République, du 8 juillet 2013, consacrent le rôle de l'école pour favoriser l'accessibilité et l'inclusion scolaire de tous les élèves, quels que soit les problèmes de santé ou handicaps auxquels ils peuvent être confrontés. C'est en ce sens que des dispositifs, relevant du champ du handicap ou non, visent à permettre à des jeunes qui font face à des troubles psychiques, de préserver leur scolarité. Pour bénéficier des dispositifs du champ du handicap, il faut effectuer une demande auprès d'une Maison Départementale des Personnes Handicapées¹⁰⁶.

Dispositifs scolaires du champ du handicap, en bref

Dans le champ du handicap, différents dispositifs ou filières d'éducation spécialisée permettent le maintien de la scolarité. Il s'agit par exemple de la scolarité :

- en milieu ordinaire avec une Aide à la Vie Scolaire (AVS),
- en classe spécialisée : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS), concernent les élèves du premier et du second degré et « présentent des troubles des fonctions cognitives ou mentales, des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, des troubles envahissants du développement (dont l'autisme), des troubles des fonctions motrices, des troubles de la fonction auditive, des troubles de la fonction visuelle ou des troubles multiples associés (pluri-handicap ou maladies invalidantes) »¹⁰⁷.
- sur les lieux de vie (domicile, école) avec le Service d'Éducation Spéciale et de soins à domicile (SESSAD), qui peut être rattaché ou non à une institution spécialisée. Les SESSAD sont organisés par type de handicap.

¹⁰⁶ Pour une analyse du processus de demande à la MDPH, voir chapitre 4.

¹⁰⁷ Source : Site Eduscol, consulté le 2 septembre 2020. <https://eduscol.education.fr/cid53163/les-unites-localisees-pour-l-inclusion-scolaire-ulis.html>

- dans des établissements de type Institut Médico-Educatif (IME), Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP). Les IME accueillent selon les textes des « enfants et adolescents handicapés atteints de déficience intellectuelle quel que soit le degré de leur déficience »¹⁰⁸ ; Les ITEP accueillent eux selon les textes « des enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques s'exprimant par des troubles du comportement perturbant gravement leur socialisation et leur accès à la scolarité et à l'apprentissage »¹⁰⁹.

Il existe également des classes spécialisées en milieu ordinaire et des établissements, qui accueillent des jeunes avec un handicap même si elles ne leurs sont pas exclusivement dédiées. Ce sont les « sections d'enseignement général et professionnel adapté » (SEGPA), les « Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté » (EREA) et les Lycées d'Enseignement adapté (LEA). Les SEGPA sont des classes de collège, de la 6^{ème} à la 3^{ème}, qui accueillent, selon les textes, des jeunes « présentant des difficultés scolaires importantes qui n'ont pas pu être résolues par des actions d'aide scolaire et de soutien »¹¹⁰. Les EREA accueillent des élèves dès le collège. Les EREA et LEA sont destinés dans les textes à « des élèves en grande difficulté scolaire et/ou sociale ou rencontrant des difficultés liées à une situation de handicap »¹¹¹.

Parmi les 39 jeunes que nous avons rencontrés, une seule a mobilisé un dispositif exclusif au champ du handicap (Louise) et un autre jeune a été scolarisé en SEGPA, dispositif mixte (Xavier). Dans les 68 dossiers de jeunes effectuant une demande à la MDPH examinés¹¹², seulement 20 jeunes ont fait une demande avant 20 ans. Parmi eux, 17 jeunes ont fait une demande relative à la scolarité : 10 jeunes ont une orientation vers un établissement spécialisé (IME, IMPro ou Itep), 5 ont une orientation spécialisée en milieu ordinaire (CLIS/ULIS, SEGPA) et 2 ont une AVS. Ce qui ressort de l'analyse des cas de ces jeunes, c'est que leur diagnostic est flou, changeant dans le temps. C'est également le cas pour les deux jeunes que nous avons rencontré et qui ont été scolarisé dans des classes spécialisées (CLIS et SEGPA).

¹⁰⁸ Source : Site Service-public, consulté de 2 septembre 2020. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32752>

¹⁰⁹ Source : Site Service-public, consulté de 2 septembre 2020. <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/jeunes-handicapes/institut-therapeutique-educatif-et-pedagogique--i-t-e-p---186.html>

¹¹⁰ Source : Site Service-public, consulté de 2 septembre 2020. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32752>

¹¹¹ Source : site eduscol, consulté le 2 septembre 2020, <https://eduscol.education.fr/cid46766/les-etablissements-regionaux-d-enseignement-adapte.html>

¹¹² Pour une présentation de ces matériaux, voir encadré enquête MDPH, dans le chapitre 4.

➤ *Louise a 28 ans au moment où nous la rencontrons, via un ESAT. Son père était cadre, sa mère ne travaille plus depuis la naissance de Louise. Dès la maternelle, l'enseignant de Louise explique à ses parents qu'il sera difficile pour elle de suivre en CP. Les difficultés évoquées sont : lenteur, problèmes relationnels, de concentration. L'enseignante dit que Louise est « différente ». Elle entre en CLIS (aujourd'hui équivalent ULIS), puis poursuit sa scolarité en SEGPA au collège, puis au lycée, jusqu'à ce qu'elle soit hospitalisée en psychiatrie. Au moment de l'entretien, Louise est suivie par un centre spécialisé dans l'autisme pour faire des tests diagnostic. Elle a été orientée vers ce centre par la psychologue qui l'accompagne depuis quelques années. Elle n'avait pas eu avant de diagnostic.*

➤ *Xavier a 23 ans. Nous le rencontrons par le biais de la mission locale. Son père est ouvrier qualifié et sa mère est ouvrière. Xavier est diagnostiqué hyperactif à l'âge de 4 ans. Il est décrit comme un enfant agressif, qui réagit par la violence lorsqu'on l'embête. Au moment de passer au collège il raconte que l'on hésite à l'envoyer en SEGPA. Il passe en 6ème générale. Sa moyenne générale est à 9. Il est autorisé à passer en 5ème mais dit préférer aller en SEGPA. Il termine le collège en SEGPA pour « se faire une nouvelle image », car il a des problèmes avec les jeunes de sa classe. Il démarre en parallèle un suivi avec un psychiatre qui pose un diagnostic de troubles bipolaires, à confirmer selon l'évolution de sa santé après 25 ans.*

Xavier et Louise sont qualifiés dès la petite enfance comme étant « à part », différent des autres. Xavier a un diagnostic d'hyperactivité mais sans prise en charge spécifique et Louise n'a pas de diagnostic mais démarre une scolarité dans une filière spécialisée dès toute petite. Au collège, ils sont tous les deux scolarisés en SEGPA. C'est plus tard, à l'adolescence pour Xavier et à l'âge adulte pour Louise, qu'un diagnostic vient expliquer les difficultés qu'ils rencontrent.

C'est d'une part la précocité de la qualification des troubles, les difficultés scolaires d'autre part et le flou quant à la nature des troubles, qui explique pour ces jeunes le recours aux dispositifs du champ du handicap. Ces trois éléments constituent des variables clés dans la négociation des parcours scolaires de Xavier et Louise.

Pour les autres situations de jeunes, ces variables se retrouvent mais dans d'autres configurations. Concernant l'âge dans un premier temps : les troubles sont dans la plus grande partie des cas, qualifiés plus tard (vers le collège dans de nombreuses situations). Ce constat rejoint en apparence ce que nous disent de nombreux professionnels, selon qui, les dispositifs du handicap sont peu mobilisés chez des jeunes avec des troubles psychiques, d'une part car ces troubles apparaissent tardivement dans les parcours de vie, à l'adolescence ou chez des jeunes adultes et d'autre part car il y a un déni des troubles pour les personnes concernées qui bloque le recours à des dispositifs d'aide. Ainsi, lorsque nous présentons notre recherche et notre démarche comme passant « par les institutions » pour cibler notre population d'enquête, un médecin nous répond :

« Approche par les institutions ? C'est quand même une difficulté supplémentaire, parce que vous savez bien que l'entrée dans la maladie se fait généralement à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte et justement on ne fait pas tellement appel aux institutions. Puisque au

début des troubles chacun les minimise quand ils ne les nient pas complètement. Et le jeune malade va dénier ses troubles. Donc c'est une difficulté supplémentaire ! » (Médecin, MDPH)

Toutefois, l'analyse de nos matériaux permet d'avancer d'autres hypothèses expliquant le faible recours aux dispositifs du handicap. En effet, parmi notre population d'enquête une majorité des jeunes a vu sa scolarité remise en question du fait de troubles qualifiés de psychiques. Ce qui peut correspondre à la définition du handicap conçu comme une « *limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »¹¹³ d'une durée supérieure à 1 an. Les jeunes, leurs parents et les professionnels qui les entourent cherchent des solutions pour permettre le maintien de la scolarité mais sans mobiliser les dispositifs du handicap. Le recours au champ du handicap a lieu plus tard dans les parcours. Cela s'explique en partie par une inadéquation de l'offre scolaire du handicap, aux troubles psychiques. Cette inadéquation s'explique par l'histoire de la construction du champ du handicap et de la psychiatrie.

Cette thèse que nous défendons se retrouve également dans le travail mené par Pauline Blum sur la scolarité de jeunes avec des troubles psychiques (Blum, 2017). Pauline Blum parle « d'éducatrices spéciales inadéquates » aux jeunes avec des troubles psychiques (Blum, 2017, p 65). C'est-à-dire que l'offre de compensation scolaire dans le champ du handicap appelée « éducation spéciale » ne correspond pas aux attentes des jeunes avec des troubles psychiques. Cette qualification des dispositifs fait écho aux éléments recueillis sur notre propre terrain de recherche. Ainsi, de nombreux professionnels sont sceptiques quant à la mobilisation d'AVS pour des jeunes avec des troubles psychiques :

« Le moyen le plus communément répandu dans les PPS [Projets Personnalisés de Scolarisation] aujourd'hui, c'est l'auxiliaire de vie scolaire. 95% des élèves en situation de handicap, en PPS, qui sont scolarisés dans le premier degré, ont un AVS. Ce qui est énorme ! C'est la MDPH qui dit, donc, on ne va pas dire que c'est pas bien, mais nous, on paie. Et on voit bien : les rois dans les classes ! On voit bien que quand on va dans une classe maternelle, par exemple, et qu'il y a cinq AVS, ce n'est plus une classe ordinaire. Sans compter que sur des troubles, notamment psychiques, arrivé à l'adolescence, ça a souvent un effet remarquable, remarqué et remarquable, qui est que le jeune a tendance à se sentir singularisé, voire stigmatisé par la présence de cet adulte qui n'est pas forcément à temps plein à côté de lui mais qui fait que tout le monde voit qu'il n'est pas comme les autres. » (Inspecteur de l'Éducation Nationale)

Le recours à une AVS est jugé inadéquation car stigmatisant pour le jeune. Cet extrait d'entretien met en évidence un autre élément décrit par Pauline Blum dans ses recherches : les dispositifs de

¹¹³ Loi n°2005-102 du 11 février 2005

l'éducation spécialisée sont principalement conçus pour le niveau primaire, voir pour le collège mais très peu pour des lycéens (Ibid). Or, pour les professionnels du soin, les troubles psychiques, pour beaucoup, se développent et sont qualifiés au cours du collège, du lycée, voire plus tard.

Pour les professionnels inspecteurs d'académie en charge des questions de handicap, les troubles psychiques bousculent les frontières de ce qu'il est possible d'aménager au niveau de la scolarité en milieu ordinaire.

« Il y a des gamins porteurs de troubles psychiques pour lesquels les réponses sont compliquées à apporter parce que le retentissement se voit, et se vit dans un milieu collectif, avec des capacités d'absorption de ce retentissement qui sont très limitées parce que l'école est encore avant tout un cadre. Et quand c'est le cadre en lui-même qui fait mal, le retentissement peut être important. Et c'est un cadre avec du personnel vivant dedans. Les retours qu'on peut en avoir, c'est aussi les retours des autres ! » (Inspecteur de l'Education Nationale).

Cet extrait d'entretien met en lumière une confrontation des enjeux actuels de la scolarité des élèves avec des troubles psychiques : celui du maintien d'une scolarité, en priorité dans le milieu ordinaire et celui de la négociation d'un équilibre au sein de l'établissement scolaire, y compris pour les professionnels. Cela pose la question des limites de l'individualisation des accompagnements dans des collectifs.

En partant du constat de l'inadaptation de l'offre existante d'une part, de la quête de solutions pour les jeunes avec des troubles psychiques d'autre part et en prenant en compte enfin le contexte de la loi du 11 février 2005 faisant de l'inclusion et de la scolarité pour tous des objectifs majeurs, on peut se demander pourquoi des dispositifs relatifs à la scolarité et au handicap psychique ne se sont pas développés.

Pourquoi par exemple, existe-t-il des SESSAD Autisme, SESSAD pour déficients visuels, etc. mais pas pour les troubles psychiques ? Cette question est d'autant plus cruciale lorsque l'on connaît la mobilisation des associations de famille, pour la création de SAVS et SAMSAH spécifiques aux troubles psychiques¹¹⁴. Or comme nous le dit un médecin de la MDPH:

« Moi je vous dirais que les SESSAD sont à l'enfant ce que les SAVS sont à l'adulte. » (Médecin MDPH)

Pourquoi les associations de familles semblent-elles plus mobilisées pour la création de services pour adultes que pour des jeunes ? Peut-être car la moyenne d'âge des proches qui adhèrent à ces associations est élevée. Mais pourquoi ne s'impliquent-ils pas plus tôt dans une association, dans le

¹¹⁴ C'est le cas au moment de notre enquête, une grande association de proches de personnes avec des troubles psychiques, fait du lobbying auprès des institutions et construit un argumentaire autour de la nécessité de créer des nouveaux SAVS et SAMSAH spécialisés pour les troubles psychiques.

parcours de leur enfant ? L'explication se trouve peut-être dans la nature incertaine des troubles et l'espoir que cette incertitude engendre. La qualification des troubles comme relevant de difficultés psychiques n'a peut-être pas encore eu lieu. Ou encore, les difficultés rencontrées peuvent être perçues comme passagères et il n'est alors pas jugé nécessaire de revendiquer une prise en charge spécifique (qui implique bien souvent des délais longs de demandes, d'attente d'une place, etc.).

Il serait intéressant d'explorer ces questions en analysant les revendications et pratiques d'associations telles que celles existant autour de la phobie scolaire et de voir ce que cela traduit en termes de représentation des troubles et du handicap psychique ou encore de l'école. Au cours d'un entretien avec un membre de l'association « phobie scolaire », la question de l'offre dans le champ du handicap a été abordée, mais si la MDPH apparaît comme un offreur de service potentiel, il n'en ressort pas de demande militante comme nous avons pu l'observer avec l'Unafam, de développement de services.

« [A propos de la MDPH] On en parle forcément parce que des parents nous interrogent, nous demandent... Mais c'est que les parents peuvent prendre aussi un congé quand leur enfant n'est pas bien, mais forcément, on est là pour donner du conseil, donc tout ce qui existe, tout ce qu'il est possible de faire, on en parle... Après on laisse les parents seuls juges à savoir si c'est adapté ou non. Parce que forcément, ce qui correspond à un enfant ne va pas correspondre à un autre enfant. Ce qui va marcher pour l'un ne marchera pas forcément pour l'autre. » (Membre de l'association « phobie scolaire »)

Une autre explication possible, à l'échelle des institutions, tient à l'histoire de la construction des services et secteurs d'action publique, autour des catégories d'un côté de l'enfance dite « inadaptée » puis « handicapée » (avec les lois du 30 juin 1975 qui va exclure la catégorie de délinquance jusque-là comprise dans celle de l'inadaptation) et de l'autre de l'enfance « malade » (Blum, Henry, 2016). Ces deux catégories sont distinctes. Pauline Blum retrace ainsi l'histoire de ces dispositifs, y compris ceux destinés aux jeunes pris en charge en psychiatrie. Ces services se sont développés en parallèle du champ du handicap, sous la houlette du champ psychiatrique qui milite avant la loi du 30 juin 1975 pour que la prise en charge du handicap qui découle de la maladie mentale reste dans leur domaine de compétence et non dans celui du handicap et du médico-social (Henckes, 2009). La loi de 2005 dont il est dit qu'elle « reconnaît » le handicap psychique n'a pas changé cette répartition des compétences. Il est possible d'avoir des aménagements de sa scolarité (en établissement sanitaire ou en milieu ordinaire) lorsque l'on a des problèmes de santé, sans que cela passe par une demande à la MDPH. Ainsi Pauline Blum cite-t-elle la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003, relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents qui prévoit un « aménagement de la scolarité en raison d'un trouble de la santé invalidant » et l'élaboration d'un projet d'accueil individualisé ». Ce texte réaffirme

également la scolarisation à l'hôpital comme un outil permettant la continuité du parcours scolaire des jeunes, sans aborder la question d'une reconnaissance d'un handicap comme prérequis à ces adaptations. Pour reprendre les propos de Pauline Blum, « Malgré l'extension indéniable de la logique du handicap, elle n'embrasse pas toutes les situations ».

Dans les deux cas, sans dispositif spécifique aux troubles psychiques visant l'inclusion scolaire dans le champ du handicap sur notre territoire d'enquête, il n'y a pas d'incitation de la part des professionnels à solliciter une demande de reconnaissance d'un handicap pour des jeunes en âge scolaire. Il y a donc là une explication territoriale, en terme d'offre, à la situation observée (Briand, Chapoulie, 1993).

Une autre piste de réflexion sur la faible mobilisation des filières scolaire dans le champ du handicap parmi les jeunes rencontrés, relève de l'influence du milieu social d'origine, articulé à l'âge de développement des troubles. Les travaux de Pauline Blum (Blum, 2017) et d'Isabelle Coutant (Coutant, 2012), montrent le traitement différencié de la scolarité des jeunes avec des troubles psychiques selon leur milieu social d'origine. Les jeunes rencontrés par Pauline Blum, provenant des fractions hautes des classes moyennes ou des classes supérieures, « *passent de l'école à la psychiatrie directement* », évitent les filières du handicap et sont ensuite scolarisés dans ce qu'elle appelle des écoles « protégées » (avec des aménagements de la scolarité en lien avec les problématiques de santé). A l'inverse, ceux de la population d'enquête d'Isabelle Coutant, dans un service hospitalier psychiatrique pour adolescents, appartiennent aussi aux classes populaires et ont déjà intégré des classes spécialisées dans leur trajectoire antérieure, et été pris en charge par le secteur social et médico-social, avant la psychiatrie.

Notre population d'enquête est relativement mixte d'un point de vue social. Elle se compose à la fois de jeunes issus de milieux populaires, des classes moyennes et des classes favorisées. Deux éléments viennent à notre sens expliquer la très faible mobilisation des dispositifs spécialisés de scolarité parmi eux, sans distinction du milieu social : l'âge du développement des troubles et de leur qualification, au regard de l'impact qu'ils ont sur les différentes institutions. Pour le sociologue Romuald Bodin, le handicap est une catégorie construite dans une relation problématique avec une institution (Bodin, 2018). Les troubles psychiques, lorsqu'ils apparaissent et sont qualifiés avant 16 ans, posent problème à l'institution scolaire, du fait de l'obligation d'éducation jusqu'à cet âge. Il est probable que le traitement social différencié tel qu'observé dans les travaux de Pauline Blum et Isabelle Coutant soit particulièrement opérant avant 16 ans pour cette raison. Lorsque les troubles apparaissent après 16 ans, les trajectoires sociales varient. Parmi les jeunes rencontrés, les difficultés

rencontrées par les jeunes de milieu populaire après 16 ans vont être qualifiés en terme de déviance sociale (expliquée par un comportement rebelle, la consommation de drogue, un environnement social difficile). Les établissements scolaires semblent alors gérer ces situations par des exclusions ou des interdictions de réinscription, sous prétexte de faibles résultats scolaires ou encore de comportements nuisant à l'ordre de l'établissement.

« Et j'ai eu un proviseur qui était surtout là pour le budget en fait, enfin lui il nous l'a dit clairement, que voilà, il était là pour le budget et que... il y allait y avoir des changements. Donc, du coup je me... enfin j'ai pas été soutenue du tout, du tout du tout, parce que quand je suis revenue et que j'ai essayé de reprendre les cours, etc., j'ai été convoquée dans le bureau, comme quoi c'était inadmissible, que la phobie scolaire ça existait pas, que c'était pas normal, enfin que c'était une crise quoi, que je faisais du cinéma. Donc, ouais, je l'ai super mal pris parce que... parce que c'était pas mon but du tout quoi. Puis je ne suis pas quelqu'un qui va pleurer devant les gens ou qui va se plaindre pour rien, donc ouais, ça m'a vraiment vexée. Puis bah il avait déjà viré pas mal de mes copains parce qu'ils y arrivaient pas ou que... ou qu'ils auraient dû être réorientés en fait. Au final, ils se sont juste retrouvés bah sans lycée quoi.

Ah oui ?

Donc, en fait on a dû faire le forcing avec ma mère. Ma mère s'est déplacée, elle est restée une journée entière dans le bureau pour avoir un rendez-vous. Et... et on lui a montré les mots du médecin, comme quoi je prenais un traitement, etc. Et là, il a bien voulu participer pour que je m'inscrive au CNED en fait. » (Julie, 20 ans)

Dans d'autres cas, la scolarité s'arrête, après 16 ans, en cours d'année ou bien en fin d'année mais sans obtention de diplôme, sans que cela n'amène à une mobilisation du jeune et de sa famille, qui envisagent alors une insertion professionnelle¹¹⁵. Pour ces jeunes, la réalisation d'études longues et l'obtention de diplômes n'est pas leur objectif premier.

« Alors, je ne me sentais pas à l'aise dans la classe non plus. Je n'étais pas tellement apprécié, j'étais pas tellement le bienvenu. Alors, je me suis dit... J'avais l'âge de travailler, j'avais le code et pas encore le permis. Le permis, ça bloquait. Je me suis dit : « Allez, au boulot ! » J'ai arrêté les cours en février.

En première, alors ?

Exactement !

Il y a un truc qui vous a décidé vraiment plus que...

L'argent ! J'avais vraiment des soucis d'argent. » (Xavier, 23 ans)

La bifurcation dans la trajectoire de ces jeunes s'opère bien souvent à la suite de tentatives de suicide qui vont amener à une psychiatrisation des situations. Comme pour les trajectoires étudiées par Pauline Blum, ces jeunes peuvent passer alors directement de l'école en milieu ordinaire à la

¹¹⁵ C'est le cas par exemple pour Xavier dont nous avons développé le parcours dans le chapitre 4 ou encore de Virginie.

psychiatrie et à des scolarités en milieu sanitaire. La situation de ces jeunes ne pose pas les mêmes problèmes à l'institution scolaire qui n'a plus d'obligation vis-à-vis d'eux et ne recourt donc pas au champ du handicap comme solution de maintien de la scolarité. Si cette hypothèse peut paraître dure envers le milieu scolaire et les professionnels rencontrés, qui témoignent de leur engagement et pratiques pour le maintien de la scolarité des jeunes avec des troubles psychiques, il nous paraît toutefois pertinent de la présenter car elle éclaire les trajectoires d'une partie des jeunes rencontrés. D'autre part elle s'inscrit dans un contexte où les professionnels sont pressés par des contraintes institutionnelles expliquant ce traitement social.

1.2 Les adaptations de la scolarité dans les milieux de vie « ordinaires »

Au cours de notre enquête, nous avons identifié des dispositifs en dehors du sanitaire et du médico-social, que ce soit parce que les professionnels nous en ont parlé ou bien parce que les jeunes les ont mobilisés. Parmi ces dispositifs, trois ressortent de façon importante : les Projets d'Accueil Individualisé (PAI), la scolarité par le Centre National d'Enseignement à Distance (CNED) et enfin le Service d'Assistance Pédagogique à Domicile (SAPAD). Le PAI et le SAPAD s'adressent à des jeunes avec des problématiques de santé ou de handicap, mais ne nécessitent pas de reconnaissance institutionnelle autre qu'un certificat médical. Autrement dit, on peut en bénéficier, sans avoir de reconnaissance MDPH ou avoir une prise en charge psychiatrique. Le CNED se situe un peu à part de ces deux dispositifs, puisqu'il peut se faire pour raison médicale ou non.

Dans cette partie, nous allons voir quels sont les objectifs officiels de ces dispositifs, la temporalité, la manière et la raison pour laquelle ils sont mobilisés par notre population d'enquête.

1.2.1 Le Projet d'Accueil Individualisé

Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI), né de la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003, prévoit la rédaction d'un document en concertation avec les « différents intervenants impliqués dans la vie de l'enfant malade [...] l'enfant ou l'adolescent, sa famille, l'équipe éducative ou d'accueil, les personnels de santé rattachés à la structure, les partenaires extérieurs et toute personne ressource », précisant « le rôle de chacun et la complémentarité des interventions [...] les adaptations apportées à la vie de l'enfant ou de l'adolescent durant l'ensemble de son temps de présence au sein de la collectivité ». Le texte dit encore que le PAI « a pour but de faciliter l'accueil de cet enfant » au sein de son

établissement scolaire. Dans les propos des professionnels rencontrés, deux objectifs apparaissent comme moteurs de la mise en œuvre de ce dispositif.

Le premier objectif est de maintenir l'élève dans l'établissement et de garder le lien avec les professionnels qui y travaillent, ses pairs. Il y a donc une première volonté « sociale », d'intégration (et pas exclusivement scolaire) pour éviter l'isolement, le retrait, le décrochage. Par l'aménagement scolaire, c'est l'insertion sociale qui est visée.

« On finit par mettre au point ensemble, lors d'une commission, un emploi du temps adapté : qu'il y ait un tiers temps, qu'il y ait des tierces tâches, qui, pour tel élève, il y ait la possibilité d'aller à l'infirmerie à tout moment de la journée pour aller se reposer sans qu'elle soit obligée de venir à la vie scolaire, signaler, revenir prendre un mot pour retourner en cours, etc. Et cette information-là se fait sur toute l'équipe éducative, donc chaque enseignant est au courant du fait que cet élève-là est dans une situation actuelle un peu particulière et qui permet, en effet de la gérer un peu plus facilement. C'est assez banal, mais ce sont des petites solutions trouvées pour adapter, pendant un temps, une période, un élève qui est dans une situation particulière. » (Conseiller Principal d'Education 3)

Le second objectif, complémentaire au précédent, est de maintenir la scolarité en tant que telle, c'est-à-dire que les élèves puissent progressivement retrouver du sens dans les enseignements proposés, pour construire leur orientation et leur future insertion professionnelle.

« Et donc, malgré tout, c'est quand même de garder un pied dans l'école pour éviter une forme de déscolarisation et d'abandon, en fait. Donc, on aménage un petit peu les choses pour que malgré tout, ils soient pris en charge médicalement mais qu'ils soient aussi, malgré tout, encore à l'école, avec un pied dans l'école pour ne pas complètement lâcher prise » (Conseiller Principal d'Education 3).

Ce que nous révèle ce type de dispositif, c'est que les aménagements d'emplois du temps proposés aux élèves ont pour ambition de flexibiliser la norme scolaire. Si l'école propose les mêmes modalités de fonctionnement pour toutes et pour tous, ces situations révèlent que des marges de négociations sont possibles et discutées avec l'élève, sa famille, les professeurs mais également les autres membres de la communauté éducative et scolaire (CPE, infirmières, etc.). Il s'agit de desserrer l'étau du système de contrainte qui pèse sur les élèves – en termes de planning, de rythme, de travail à faire, etc., d'édifier une nouvelle norme qui soit en phase avec les difficultés de l'élève :

« Quand on est sur une série scientifique, forcément ce n'est pas les cours de maths et de sciences physiques qu'on supprime. C'est plutôt des cours qui sont de moindre importance au vu de la série. C'est d'une banalité... Mais c'est comme ça ! L'objectif étant de permettre à l'élève d'accomplir son métier d'élève, malgré tout. Et de dire : « Mais non, c'est conforme, il y a une adaptation », c'est important pour que la personne, l'élève ne se sente pas déphasé par rapport à ce qui est demandé par l'institution. On trouve une norme pour lui aussi » (Conseiller Principal d'Education 3).

Mais la mise en œuvre d'un PAI nécessite des moyens et une mobilisation des professionnels dans sa mise en œuvre, et non pas seulement dans sa conception. Judith, nous raconte ainsi comment elle s'est sentie isolée lors de son PAI et a été amenée à quitter son lycée, malgré ces aménagements. Alors même que ce dispositif vise à limiter l'isolement des jeunes qui quitteraient leur établissement du fait de problèmes de santé, Judith s'est retrouvée éloignée de ses camarades et enseignants, dans un autre espace physique, sans présence pour la guider dans son travail. Le PAI tel qu'il était conçu pour Judith lui demandait ainsi des capacités de travail en autonomie plus importante que pour ses camarades. Ce dispositif s'il permet des aménagements et souplesse de cadre scolaire nous semble en même temps demander des compétences scolaires supplémentaires (autodiscipline pour le travail en autonomie, capacité à comprendre seul les supports de cours ou à chercher des réponses à ses questions dans les ressources de la bibliothèque, etc.).

« Quand j'étais au lycée, j'avais un PAI, ça n'a pas trop marché. Ça m'allait pas trop je décrochais au fur et à mesure. Et à un moment j'y suis plus retournée du tout. Ou à part une heure par ci par là, mais je n'allais pas en cours je devais aller au CDI. Donc ça ne me donnait pas envie d'y aller (rire) ! Donc c'est là que j'ai eu le SAPAD. Parce que j'y allais plus du tout, j'avais plus du tout de cours, donc c'était un peu compliqué.

Tu veux bien me raconter pourquoi ils ont mis en place un PAI ?

Bah en fin de troisième je commençais déjà à avoir du mal à aller en cours, j'y allais quand même mais ça commençait déjà. Mais bon j'étais hyper contente de changer, d'aller dans un lycée, je me suis dit je vais pouvoir y aller, ça va le faire. Sauf que ...non ! Ça le faisait pas ! Déjà rien que les premiers jours, non. Du coup on en a parlé à la directrice, CPE, etc. et puis on a laissé passer un peu de temps parce que des fois ça peut être le changement, sauf que non (rire), c'est pas le changement ! Du coup ils nous ont parlé du PAI et il y a le médecin scolaire, le médecin de l'éducation nationale, qui est venu et qui m'a expliqué un PAI, ce qu'on pouvait faire. Parce qu'on peut faire plein de choses. Il m'a expliqué, on en a longuement parlé avec mes parents et on s'est dit autant essayer !

Et au début le PAI on m'avait proposé de pas aller à certains cours le matin. Et puis il y a des matinées tu ne vas pas en cours tu vas au CDI, on te donne du boulot, tu rends, puis l'après-midi tu essayes d'y aller, c'était plein de petits trucs comme ça.

Sauf que les cours ça le faisait pas et puis le CDI, faut vraiment être motivée pour aller au CDI toute seule 4 heures quoi (rire) ! Avec du boulot et puis quand tu sais pas tu peux pas demander à la prof, t'es toute seule, donc c'était compliqué. Donc ça m'a pff j'y suis pas retournée après. Et puis le PAI après il y avait pas trop de moyens, ils allaient pas... enfin il y avait plus trop de moyens sauf que bah vu que j'y allais plus, ils m'ont limite délogée du lycée ! Enfin, c'est la directrice qui m'a parlé, rendez-vous avec mes parents, c'était un gros truc. Et puis on s'attendait à ce qu'elle me motive ou quoi que ce soit, mais elle m'a pas dit : « tu pars », mais elle m'a dit l'année prochaine on va avoir beaucoup plus de monde, on ne pourra pas s'occuper vraiment de toi. Elle m'a dit ça comme ça (rire) ! Donc t'es là d'accord, Argh ça donne encore moins envie d'y aller (rire) ! » (Judith, 16 ans)

Au cours des entretiens avec les professionnels de l'éducation nationale, ces derniers présentent fréquemment le PAI comme un de leur levier d'action. Pourtant, parmi les 39 jeunes rencontrés, seule Judith a bénéficié d'un PAI au cours de sa scolarité. Il y a donc là un écart entre les propos des professionnels et les trajectoires observées dans notre recherche. Un travail d'investigation serait intéressant à mener au sein d'établissements en milieu ordinaire pour comprendre les processus de décisions de mise en œuvre des PAI pour des troubles d'ordre psychique. Nous pouvons ici émettre des hypothèses pour expliquer cet écart : pour plus d'un quart des jeunes rencontrés, les troubles ont été qualifiés après leur scolarité (11/39), un aménagement de ce type de leur scolarité n'était donc pas justifié. Pour les autres, le moment où les troubles ont été qualifiés peut aussi expliquer cet écart. Pour les jeunes de milieu populaire principalement, les manifestations problématiques sont interprétées dans un premier temps en dehors du registre des troubles psychiques (Cf Chapitre 3). Dans la période où des troubles sont qualifiés mais expliqués par un autre registre que celui du psychique et de la santé, le recours à ce dispositif pour raison médicale qu'est le PAI n'est pas mobilisé. C'est suite à une période de crise que le recours à la psychiatrie a souvent lieu. Or, nous le verrons plus loin, le passage par la psychiatrie de ces jeunes amène à un autre type de scolarité que celle en milieu ordinaire, pour les personnes rencontrées¹¹⁶.

Dans certaines situations, des aménagements sont mis en place, sans que cela ne semble passer par un PAI. C'est le cas pour Camille, élève aux très bons résultats scolaires qui développe de fortes angoisses vis-à-vis de l'école et des notes. Elle sera autorisée par ses enseignants, suite à un échange avec l'infirmière scolaire, à rater des cours.

« Donc ma mère en a parlé [de l'angoisse à l'idée de venir au lycée] à la prof principale. Mais pas moi hein ! C'était ma mère qui a fait la démarche.

Tu étais d'accord ?

Oui, enfin, je contrôlais plus vraiment en fait. J'étais tellement fatiguée, tellement obnubilée par mon stress qu'il fallait bien que, que quelqu'un le fasse mais ça ne pouvait pas venir de moi en fait. Parce que ...ouais je contrôlais plus trop tellement j'étais dans l'angoisse que...Et elle en a parlé à la prof principale, qui était très surprise parce qu'à côté je continuais à avoir d'excellentes notes, hein, enfin j'avais 17 de moyenne, ça ne se voyait pas quoi. Donc elle n'a vraiment pas compris. On est allé voir l'infirmière qui a essayé de mettre quelque chose en place. Comme quoi je pouvais aller la voir dès que ça n'allait pas. » (Camille, 18 ans)

¹¹⁶ Nous le verrons, ces trajectoires sont en partie liées au lieu par lequel nous avons rencontré les jeunes, le service de scolarité d'une clinique. Les trajectoires recueillies représentent des mécanismes d'orientation opérant sur notre territoire de recherche.

Ce qui laisse penser que cet arrangement ne relève pas d'un PAI, c'est son absence de formalisation et l'implicite qu'il contient, en dehors d'échanges avec la professeure principale et l'infirmière. Contrairement aux aménagements pour Judith, ce qui est mis en place pour Camille est moins facilement visible pour les autres jeunes de la classe. Camille veut cacher à tout prix ces arrangements et ses difficultés.

« Et ta prof principale elle en a parlé aux autres profs ?

Oui je crois. A certains. Mais euh... en fait c'était un peu bizarre parce qu'ils le savaient, moi je savais qu'ils savaient mais je ne voulais tellement pas le montrer aux autres qu'en fait je sortais vite de la classe pour pas qu'ils me ...parce que c'est suspect en fait quand un prof demande à un élève à la fin du cours, ouais, puis qu'après il me disait est ce que ça va et tout, enfin moi je savais très bien que vis-à-vis des autres ils voyaient que y avait pas... donc moi je voulais absolument pas en parler avec eux devant les autres en fait. Après quand y avait des rendez-vous le soir parce que des fois on a fait des rendez-vous avec l'infirmière, avec ma prof principale, euh la ça allait parce que les autres n'étaient pas là mais ouais je voulais tellement pas qu'ils le sachent que je faisais comme s'ils le savaient pas en fait. Mais je pense qu'ils le savaient. » (Camille, 18 ans)

Pour d'autres jeunes, les difficultés sont contenues, cachés autant que possible à tout le monde (pairs et professionnels scolaires), jusqu'à ce que la situation se dégrade et se traduise par un retrait de la scolarité. Le verbe « tenir », revient fréquemment dans les propos des jeunes qui parlent de cette période, faisant penser à une épreuve de résistance, de force.

« La seconde ça s'est bien passé machin et tout, j'y arrivais bien en cours donc y'avait pas de soucis là-dessus. Enfin cette année-là, ça s'est bien passé je n'avais pas de mal à aller au lycée. Et après à partir de la première, ça a été plus dur donc, enfin, vu que je m'en sortais bien, je n'avais pas d'idée de ce que je voulais faire on m'a dit bah va en S enfin voilà.

C'est tes profs qui t'ont dit ça ?

Euh mes parents, surtout mes parents en fait parce que enfin vu que je savais pas ce que je voulais faire plus tard, j'avais les capacités et mon père il est très scolaire, il aime beaucoup ce qui est scolaire machin et il comprend pas qu'on ne puisse pas aimer ce qui est scolaire et qu'on ait des difficultés et que lui il adore ça enfin dans ses loisirs il bosse, non mais c'est ça ! Enfin voilà. Du coup il m'a dit d'aller en S donc je suis allé en S. Sauf que là ça l'a pas du tout fait. J'ai tenu j'ai tenu, en février on avait un voyage à l'étranger, un échange scolaire, j'ai tenu jusque-là et quand on est revenu c'était en mars, on est revenu en mars, ça tenait plus du tout et j'arrivais vraiment plus à y aller. » (Laura, 18 ans)

C'est ensuite bien souvent un relai avec des dispositifs de scolarisation à domicile qui est mis en place. En effet, malgré des propositions d'aménagements, explicites (comme pour Judith qui a un PAI) ou implicites (comme pour Camille), les difficultés à passer les murs de l'établissement scolaire restent trop fortes.

1.2.2 Le CNED

Face aux difficultés persistantes de certains élèves qui ne parviennent pas à être scolarisés dans leur établissement, plusieurs autres alternatives de prise en charge peuvent être proposées, non plus dans le cadre de l'enceinte scolaire mais à distance, via, par exemple, le service d'assistance pédagogique à domicile –SAPAD ou encore le centre national d'enseignement à distance –CNED.

La mise en œuvre d'une scolarité à domicile par le CNED est fréquemment sollicitée. Parmi les jeunes rencontrés, 13 sur 39 ont à un moment de leur parcours été scolarisés par le CNED.

Ce type de dispositif pose question aux professionnels de santé de l'éducation nationale. En effet, il isole le jeune de ses pairs et échoue ainsi dans l'objectif socialisateur de l'école. D'autre part, la scolarité par le CNED, implique que le jeune reste dans son environnement familial. Or, dans des situations de souffrance psychique, les professionnels s'interrogent sur le rôle de la famille comme cause des troubles ou comme environnement défavorable à une amélioration de la santé du jeune et refusent ainsi ce type d'alternative de scolarisation.

« Là j'ai une demande de scolarité à domicile avec le CNED mais c'est un dossier un peu complexe justement où la mère pose un diagnostic d'autisme. Le médecin qui l'a vu, qui s'est rapproché du psy qui suit quand même déjà l'enfant, pas sûr. Et une mère qui, en même temps, a été sur Internet et pense que je ne sais plus quoi, une alimentation aux protéines de je ne sais pas quoi va arranger le truc. Alors, c'est pour ça, j'étais en train de me dire « est-ce que je signe la scolarité à domicile ? » parce que moi, si je signe la scolarité à domicile, c'est-à-dire que je valide que le gamin, il reste chez lui. Donc, si la mère, elle en fait je ne sais pas quoi, je valide. Et j'étais en train de m'interroger sur ça quand vous êtes arrivées. Je vais demander... le psy, lui par contre, pense qu'il ne faut surtout pas parce qu'on va en faire un gamin avec la mère et qu'il risque d'être en danger. Il pense à même faire un signalement au Parquet donc, je me dis que je vais voir ça. » (Médecin de l'Education Nationale)

Du point de vue des jeunes, la scolarisation par le CNED leur permet de rester dans la norme, puisqu'ils ont encore le statut d'élève. Elle leur donne également l'espoir de pouvoir suivre leur scolarité, d'avancer, au même rythme que s'ils étaient en classe. Mais cet objectif et espoir reste inaccessible dans presque tous les cas, face aux difficultés induites par les cours à distance. En effet, presque tous les jeunes rencontrés qui ont été scolarisés via ce dispositif témoignent de leur difficulté à organiser leur travail en autonomie et avec un seul accompagnement à distance. Les modalités de transfert des cours par gros blocs semblent également problématiques, car très impressionnant pour les jeunes qui doivent alors organiser leur calendrier de travail sur une longue période et s'astreindre à suivre le programme sans contrainte ou contrôle extérieur. Il leur incombe ainsi d'effectuer une

partie du travail normalement dévolue à l'enseignant- organiser des séances de travail sur une longue période- et ce pour chaque discipline. Face à ces nouvelles modalités de travail, certains jeunes se disent « paumés », « perdus ».

« Parce que au CNED j'étais toute seule livrée à moi-même, je n'arrivais pas à travailler toute seule, j'étais paumée quoi. » (Lou, 22 ans)

« Le CNED. Ouais bah j'avais eu les deux gros machins là enfin c'est tu as un pavé de cours, un pavé d'exercices et un pavé de corrigés d'exercices et voilà après tu peux envoyer tes contrôles mais moi j'essayais pas les contrôles parce que ... voilà. » (Laura, 18ans)

Certains jeunes décrivent même de la peur ou de l'angoisse vis-à-vis de cette pile de cours du CNED. Alors que la plupart racontent ne pas avoir de problème avec le fait de suivre un cours, d'apprendre, mais plutôt avec le cadre scolaire (les pairs, la compétition, etc.), cette nouvelle configuration amène de nouvelles sources de souffrance. Ils se trouvent en échec devant un exercice qu'ils réussissaient auparavant.

« Donc tu n'es pas allée en cours pendant la seconde ?

Oui, non, ni la 3^{ème}. J'étais à la maison mais je m'ennuyais. J'ai essayé de suivre les cours pas le CNED.

A partir de quand ?

A partir du milieu de la seconde. Mais c'était pour essayer de pas être complètement déscolarisée parce qu'on n'avait pas trop de solution. J'ai réussi à tenir un mois mais en fait c'était très très déprimant pour moi parce que j'étais toute seule avec des montagnes de bouquins et ça m'a perdue. Et du coup j'ai arrêté. » (Marion, 17 ans)

« En première donc j'étais au CNED là, ça a été très compliqué. C'est à dire que j'avais un casier où y avait tous mes cours. Donc déjà le CNED on reçoit tout ça fait peur ! [rires]. Ca fait très peur ! Et donc rien que l'idée que j'aille travailler me faisait faire une crise d'angoisse. » (Emma, 19 ans)

L'incapacité à suivre les cours du CNED peut être perçue comme un nouvel échec scolaire et générer de la culpabilité. Dans un contexte social où les performances scolaires sont intériorisées comme relevant de l'unique responsabilité de la personne, ce sentiment peut être exacerbé. Les témoignages de jeunes, présentés sur le « webmag » du Cned vont dans ce sens :

« Adeline nous donne ses conseils de réussite : « Si on a de la volonté, tout est possible. La formation à distance au lycée peut être bénéfique, cela l'a été dans mon cas. Il existe de nombreux de groupes d'entraide sur Internet qui permettent aux élèves du CNED de se soutenir en cas de coup de mou ! »¹¹⁷. (Citation du Webmag du CNED)

¹¹⁷Source : <https://www.smooz.fr/2016/07/adelina-fouquet-rebondir-grace-la-scolarite-distance>
Consulté le 3 juillet 2019

Ainsi la réussite scolaire par le CNED est-elle présentée comme relevant de « la volonté » des personnes. Les déterminants sociaux, structurels, organisationnels de la performance scolaire sont effacés au profit de la volonté individuelle qui doit permettre de dépasser ces freins extérieurs (Martuccelli, 2006). Le fonctionnement méritocratique de l'école place la responsabilité des échecs et réussites sur les individus et masque les déterminants sociaux en jeu.

« J'ai reçu les cours mais je n'ai jamais envoyé un devoir. Pourtant, j'ai essayé, je me suis avalé tout le programme de SES, d'éco, sciences politiques. Bon, c'est facile... mais je n'ai jamais touché au reste.

Je n'arrivais pas.... Je remettais au lendemain et je n'arrivais pas. J'avais l'impression de me retrouver toute seule avec tous ces bouquins et d'aller dans une direction qui n'est pas la bonne. C'est presque contre nature d'avoir à réviser des bouquins à la maison alors que j'ai passé une Terminale avant, avec des profs et d'autres élèves. C'était pas normal, j'y arrivais pas à me mettre dans ce format-là. Ça n'avait pas de sens. Et pourtant, je continuais pour me rassurer quand même. Je continuais à acheter des bouquins, des annabacs, plus que ça, tous les programmes, en plus du programme du CNED pour me rassurer, pour me dire : ils sont là, les livres, donc, ça y est... S'ils sont là, ils sont à ma portée, donc le Bac est à ma portée. Mais ça s'est empilé, j'ai gaspillé de l'argent avec ça. Ça s'est empilé, ça s'est empilé sur un bureau et pour finir, je ne les ai jamais ouverts. » (Nadine, 23 ans)

Suivre les cours par le CNED rapproche d'une forme de normalité souhaitée par les jeunes, comme le montre bien l'extrait d'entretien avec Nadine. Dans son cas, l'achat de manuels scolaires et la présence des documents du CNED rend visible l'activité normée à laquelle elle aspire. Si cette visibilité l'apaise dans un premier temps, elle est ensuite source de culpabilité quand elle ne les utilise pas. Pour cette jeune femme issue d'un milieu modeste, s'ajoute à la culpabilité de ne pas exercer d'activité scolaire celle de « gaspiller de l'argent ».

Julie vient également d'un milieu social où les ressources financières sont modestes et habite depuis peu dans un logement autonome. Pour elle, la scolarité par le CNED qui ne contraint pas à travailler sur des temps précis va être mise en concurrence avec le travail rémunéré. Avec un emploi, la fatigue et le temps que cela implique, et sans cadre de travail scolaire « le carton » de cours sera abandonné.

« Le CNED ça s'est passé comment ?

Euh le CNED, franchement j'ai pas ouvert le... le carton. Enfin le carton a mis vachement de temps à arriver déjà. Et donc du coup j'avais déjà loupé presque un mois de cours, voire un mois et demi. Et en fait quand t'ouvres le truc, c'est vraiment des pavés comme ça. Non non, j'ai regardé un petit peu, j'ai essayé... voir à peu près où j'en étais rendue dans le programme, parce que bah du coup en plus ça se suivait pas. Et franchement j'ai vite abandonné parce que du coup j'ai repris le travail, vu que j'étais toute seule. Je travaillais à Super U, donc du coup je travaillais toute la semaine. Je travaillais jusqu'à 20 heures. Et... bon, une fois que t'as fait ta journée, t'as franchement pas envie de mettre le nez dans les cours. » (Julie, 20 ans)

Un des jeunes que nous avons rencontrés, Enzo, raconte avoir réussi à suivre sa scolarité avec le CNED. Il suivait les cours et rendait des copies pour être évalué. L'un des parents d'Enzo est enseignant. Nous émettons l'hypothèse que c'est ce qui a permis à Enzo d'avoir les outils nécessaires pour s'organiser durant toute l'année, s'astreindre à travailler « *plusieurs heures chaque jour, comme un élève normal* » (Enzo) et à suivre le programme scolaire. En effet, la mère d'Enzo lui élaborait un emploi du temps chaque jour, afin qu'il puisse travailler seul la journée, et suivait son travail en soirée. Il dit même : « *ma mère me faisait le cadre, donc je respectais le cadre* ». En revanche, il déplore l'impact de ce dispositif pour sa sociabilité :

« J'ai eu de la chance en primaire en fait, j'étais peut-être différent, mais j'étais plus ou moins accepté. Et au collège, bah c'est l'âge bête, tout ça tout ça. Enfin la... la tolérance à la différence elle est pas très élevée à cet âge-là. Et en fait ça... enfin, ça s'est mal passé avec les amis que j'avais, donc j'ai arrêté l'école à ce moment-là. Et en fait au niveau scolaire c'était très bon, le CNED, mais au niveau... au niveau socialisation c'était très mauvais. » (Enzo, 28 ans)

Au moment où Enzo a arrêté les cours, il qualifie ses notes de très mauvaises, comme sa relation avec ses pairs. Si le CNED l'a aidé à suivre une scolarité, avoir de bien meilleures notes et obtenir son brevet, cette organisation l'a également isolé.

1.2.3 Le SAPAD

Un autre dispositif d'éducation « hors les murs » existe : le Service d'Assistance Pédagogique à Domicile (SAPAD). Le SAPAD est un service de l'Education Nationale, qui s'allie avec des associations locales à une échelle départementale. Encadré par une circulaire de l'Education Nationale du 23 juillet 1998, ce service a pour objectif de permettre le maintien de la scolarité pour des enfants atteints de problèmes de santé, malades ou accidentés. Le service s'adresse à des jeunes scolarisés entre la grande section et le BTS. L'objectif affiché est de maintenir la continuité de la scolarité (et ainsi de ne pas porter atteinte au droit d'éducation) en attendant une reprise de la scolarité en milieu ordinaire. Deux sous objectifs sont sous-jacents à ce principe : le maintien des apprentissages et de la socialisation. L'acquisition de savoirs scolaires et le passage d'examens reste une préoccupation importante, qui se traduit par une priorisation des disciplines enseignées

« Tout élève malade ou accidenté a le droit à une scolarité à domicile, avec des priorités en français et en mathématiques, pour tous les élèves. [...] Mon travail consiste à mettre en place un enseignement pour chaque demande. En Français et en maths en priorité, sachant que pour les élèves qui passent des examens, ça peut être étendu à d'autres matières. » (Professionnelle SAPAD)

Le choix des cours est aussi stratégique en fonction des problématiques de santé rencontrées par le jeune. La référente du SAPAD travaille alors à combiner les objectifs des différents acteurs (maintien de la scolarité, ne pas aggraver l'état de santé de la personne, passer un diplôme, ...).

« Une élève a repris dernièrement uniquement Art Plastiques et Musique, parce que c'est des matières où il n'y a pas d'évaluation et voilà... ça a beaucoup surpris. Moi j'ai un œil pédagogique, je dirais, en priorité, alors que le médecin scolaire a un œil médical. Donc souvent, ils sont surpris par les demandes qu'on peut faire, mais pourquoi ? Donc, il faut justifier. Là, c'est vraiment une élève qui ne supportait pas l'évaluation, et ça a été un moyen pour elle de retourner au collège, qui a très bien fonctionné. Et après, on a fait techno. Par étapes, et avant d'attaquer les matières vraiment fondamentales, on a mis six mois. Ça a été très très long et c'est vrai que là, il faut justifier, il faut convaincre l'équipe. Parfois, je n'y arrive pas ! » (Professionnelle SAPAD)

Le SAPAD concerne des jeunes confrontés à des pathologies physiques comme psychiques. Pour cette dernière catégorie, la référente du SAPAD de notre territoire de recherche décrit une augmentation du nombre de jeunes concernés. Elle décrit plusieurs types de troubles psychiques comme causes fréquentes du recours au service :

« En premier on va dire, c'est le refus scolaire anxieux, ce qu'on appelle la phobie scolaire, plus communément. Ça c'est vraiment beaucoup, important. Ensuite on a tout ce qui est anorexie. Et puis après, dans les pathologies nouvelles, qui apparaissent de plus en plus, c'est tout ce qui est de l'ordre du harcèlement, tentatives de suicide, qui sont des choses un peu nouvelles mais pour lesquelles il nous est demandé de plus en plus, pour la troisième année, d'intervenir aussi dans des situations aussi extrêmes que ça. [...] »

Le harcèlement c'est des situations...Je vais prendre un exemple : une jeune qui était harcelée via Facebook. On avait publié des photos d'elle, qui étaient plus qu'indiscrètes : elle ne pouvait plus aller dans sa classe, ce n'était plus possible. Le harcèlement peut amener des choses assez graves.

Dans ce cas, le diagnostic médical dit les conséquences ?

Oui, il parle de harcèlement et que l'élève n'est plus en état d'être scolarisé. Mais c'est posé dans le diagnostic. Ce mot est posé : « harcèlement ». De même que « tentative de suicide », je reprends les termes, dans les diagnostics, ce sont des choses qui sont mentionnées. Ça en fait partie. » (Professionnelle SAPAD)

Pour toute demande de SAPAD, il est nécessaire d'avoir un certificat médical et d'obtenir une validation de la part du médecin conseiller technique du département. Pour les problématiques psychiques, le jeune doit avoir un suivi et un certificat médical par un psychiatre ou pédopsychiatre.

« Le suivi psychologique par un psychologue ne suffit pas. Dans les textes, les jeunes doivent être suivis régulièrement. Je suis censée vérifier la régularité. Alors c'est vrai qu'il y a un peu de souplesse là-dedans parce que parfois, on a des jeunes ils viennent juste de commencer un suivi et on prend quand même en charge, on leur laisse leur chance sur le plan scolaire pour éviter qu'il y ait un trop gros trou dans la scolarité. » (Professionnelle SAPAD)

La mise en place du SAPAD implique une multitude d'acteurs : l'association locale qui porte le service, le jeune concerné et sa famille, les enseignants (de son établissement d'origine si possible, ou parfois via des structures telles qu'Academia), les médecins scolaires, les infirmières scolaires, le médecin référent technique du département, les inspecteurs de l'Éducation Nationale « Adaptation Scolaire et scolarisation des élèves handicapés », et enfin, les professionnels de santé du territoire (pour les problèmes psychiques : les psychologues et psychiatres des établissements publics). Les assurances et mutuelles peuvent également être impliquées dans la mise en place du service.

En fonction des territoires, les professionnels impliqués varient. Cela a un impact sur la mise en œuvre des objectifs fixés par le service, selon la référente locale que nous avons rencontrée.

« Etre accompagné par son prof, c'est bien et quand l'élève revient c'est super ! Le prof sait quoi demander à son élève, il sait ce qu'il a fait avec lui, ce qu'il n'a pas fait. C'est des dispositifs, c'est vraiment ce qui fonctionne le mieux, en terme d'aide. » (Professionnelle SAPAD)

A l'inverse, lorsque les enseignants ne sont pas ceux du jeune (un autre enseignant de l'établissement ou plus éloigné encore, un professionnel venant d'une autre structure), la continuité de la reprise de la scolarité en milieu ordinaire est plus complexe à mettre en œuvre. Or, lorsque la demande de SAPAD concerne un problème de santé psychique, il est plus difficile selon la référente du SAPAD de recruter les enseignants du jeune.

« Pour la partie qui vous intéresse, psychologique, c'est compliqué de recruter les enseignants de l'élève souvent. Les enseignants ne connaissent pas forcément très bien : on n'est pas formés pour tout ce qui est problématique psychologique, donc il y a beaucoup de confusions ou de peurs. C'est complexe. Donc là aussi mon travail c'est d'essayer d'expliquer ce qui peut se jouer pour l'élève et d'essayer de dépasser ce qui peut être de l'ordre du contexte familial ou social. Il y a souvent une confusion entre les problématiques de l'élève et le contexte dans lequel il vit. Bien sûr que ce n'est pas un plus, c'est des fois un moins, mais il ne faut pas tout mélanger ! » (Professionnelle SAPAD)

Les jeunes confrontés à des troubles psychiques apparaissent comme une population particulière pour les enseignants. Ces derniers ne sont pas formés à exercer leur métier auprès de cette population spécifique qui engendre « peur » et « confusion ».

Des inégalités territoriales existent dans la mise en œuvre du service. Lorsque les enseignants de l'établissement du jeune refusent d'exercer le service, d'autres établissements sont sollicités et en cas de refus de leur part, des vacataires du rectorat. Or, il est difficile de mobiliser y compris des vacataires pour des zones rurales, éloignées des grandes villes. Ainsi, certains jeunes sont amenés à s'inscrire au CNED (lorsque leur filière existe pour le CNED) ou à passer une année « vide », sans projet scolaire, avant de redoubler. Cette situation se reproduit chaque année sur le territoire de notre recherche, qui

compte pourtant une capitale régionale et plusieurs universités (avec donc un important vivier de vacataires potentiels).

La mise en regard de ces éléments avec les trajectoires des jeunes que nous avons rencontrés est intéressante. En effet, si l'on suit la présentation du SAPAD par les professionnels qui y participent (la référente, mais aussi le Médecin référent technique du rectorat), on peut supposer qu'une part importante des jeunes rencontrés soit passée par ce service. Hors ce n'est pas le cas, puisqu'une seule jeune sur 39 y a accédé. Ce chiffre est d'autant plus intéressant lorsqu'on le met en regard de la scolarisation par le CNED (rappelons le, 13 jeunes sur 39). Dans les deux cas (CNED et SAPAD), les jeunes ont été scolarisés à domicile, du fait de troubles psychiques limitant leur possibilité d'inscription en milieu ordinaire. Pourquoi, 13 d'entre eux se sont inscrits au CNED et non au SAPAD, qui accueille pourtant ce public jeune avec des problématiques psychiques et propose un accompagnement qui est reconnu par les professionnels comme plus favorable à leur socialisation et scolarité ?

Nous avançons ici une hypothèse qui explique partiellement ce constat. Pour une partie importante des jeunes, l'inscription au CNED précède leur inscription dans un suivi psychiatrique. Si l'hypothèse des troubles psychiques comme variable explicative de leur éloignement de l'école est dans les esprits, elle n'a pas encore abouti à une prise en charge par du soin. C'est après une période à « tenir » à l'école que le jeune s'inscrit au CNED et c'est souvent suite à une crise menant à une hospitalisation, que du soin psychiatrique est initié. Or, comme nous le verrons dans la suite de ce chapitre, les psychiatres locaux, travaillant particulièrement auprès d'adolescents (MDA, service hors secteur d'hospitalisation et de consultation pour jeunes), sont des orienteurs privilégiés vers un service de scolarité au sein d'une clinique locale. On peut donc supposer que sur un autre territoire, qui ne serait pas doté de ce service en clinique, les jeunes seraient plus orientés encore vers le SAPAD.

Pour répondre de façon complète à notre question initiale (pourquoi si peu de jeunes rencontrés sont passés par le SAPAD) et tester notre hypothèse ci-dessus, il nous faudrait compléter notre enquête avec des entretiens de type récit de vie avec des jeunes scolarisés via le SAPAD pour des troubles psychiques.

1.3 La scolarité en milieu hospitalier

Au cours de l'enquête un autre type de scolarité a été présenté par certains jeunes et professionnels : la scolarité à l'hôpital. Il existe une classe, au sein de l'hôpital pédopsychiatrique, « pour que les moins de 16 ans ne soient pas forcément déscolarisés pour continuer un peu les

apprentissages dans la période la plus difficile mais pour ensuite déboucher sur une re-scolarisation » (Psychiatre d'un service d'hospitalisation pour adolescents). Cette classe donne des cours à une quinzaine de jeunes sur tous les niveaux du collège. Les jeunes suivent quelques cours, qualifiés de « principaux », du programme scolaire de leur année.

Nous nous sommes principalement penché sur un deuxième type de scolarisation en milieu sanitaire : le service de scolarisation au sein d'une clinique. Ce dispositif n'existe pas sur tout le territoire français et prend des formes différentes selon les lieux d'implantation. Sur notre terrain de recherche, ce service propose une scolarité de la quatrième à la terminale (même si l'offre pour des collégiens est très faible avec 1 ou 2 élèves, voire inexistante certaines années). Il propose également un suivi pour les étudiants, auparavant scolarisés au lycée dans l'établissement.

Ce service de scolarité est intégré dans une clinique spécialisée dans la médecine physique et de réadaptation. Elle propose historiquement, des cours pour que les jeunes hospitalisés puissent maintenir leur scolarité. Avec la loi de 2005, ce sont quasiment les deux tiers des élèves scolarisés dans le service de la clinique, qui réintègrent leur établissement d'origine. Le service se tourne alors vers une offre à destination d'un nouveau public : les jeunes avec des troubles psychiques. Ce changement de population fait partie de l'histoire de la structure, créée à l'origine pour que des jeunes avec la tuberculose puissent être scolarisés. Avec l'arrivée des antibiotiques et l'éradication de la tuberculose, la clinique a réorienté son offre, très brièvement vers les soins psychiatriques dans les années 1970, puis vers la rééducation fonctionnelle. Après la loi du 11 février 2005, l'offre scolaire se réoriente à nouveau vers des jeunes avec des troubles psychiatriques.

Dans les années 2010, une unité de postcure psychiatrique est également créée, pour des jeunes entre 17 et 25 ans, en terminale ou en études post-bac et dont les troubles sont stabilisés. Cette unité dispose au moment de l'enquête de 10 lits d'hospitalisation à temps complet (du dimanche soir au vendredi soir) et de 5 places en hospitalisation de jour. Les jeunes de niveau terminale, hospitalisés dans l'unité peuvent suivre les enseignements du service de scolarité. Le service de scolarité avait accueilli, l'année précédent notre présence, 125 jeunes (20% environ pour des raisons de santé physique et 80% pour des troubles psychique).

Le service de scolarité est rattaché à « *un établissement prestigieux de la ville* » (Direction du service de scolarité de la clinique). Il propose toutes les filières générales, une filière technologique et une filière professionnelle. Il accueille chaque année une vingtaine de nouveaux élèves avec des troubles psychiques par le biais d'une classe que l'on nommera ici « d'immersion ». Cette classe est destinée aux nouveaux arrivants, quel que soit leur niveau scolaire. Une première classe est réunie à la rentrée

de septembre avec 10 élèves, et une seconde en janvier avec à nouveau 10 élèves. Cette classe dure 14 semaines et propose une offre de scolarité, en dehors du programme de l'Éducation Nationale, avec des aménagements spécifiques au niveau de l'organisation.

Pour entrer dans la classe d'intégration, il est nécessaire d'être suivi par un médecin psychiatre, soit de la clinique (dans l'unité de psychiatrie dont nous avons parlé précédemment), ou du secteur public. Le service de scolarité a en effet une convention avec l'hôpital psychiatrique de la ville, qui peut orienter des jeunes vers la structure. Une autre condition posée par la direction du service est que les jeunes soient stabilisés dans leur état de santé. Les jeunes qui entrent dans le service de scolarité doivent en plus de leur suivi par un psychiatre du secteur public, passer deux entretiens avec la direction du service de scolarité¹¹⁸.

Pour les jeunes hospitalisés dans le service psychiatrique, ils doivent tout d'abord être orientés par un psychiatre public ou libéral, passer un entretien avec le psychiatre responsable du service de la clinique qui les accepte ou non. Une fois acceptée par le psychiatre de la clinique, ils doivent encore réaliser un entretien avec le directeur du service de scolarité qui décide de les scolariser ou non. Selon le directeur, les jeunes acceptés par son collègue psychiatre sont rarement déboutés ensuite du côté scolaire.

Nous avons réalisé une enquête de quatre mois au sein de ce service de scolarité, en suivant une classe d'immersion durant ses quatorze semaines. Nous avons rencontré par ce biais de nombreux jeunes qui composent une partie importante de notre population d'enquête (18/39). Par ailleurs, d'autres jeunes, rencontrés par le biais de la mission locale ou nos réseaux personnels, sont passés par ce service (3 jeunes). Ainsi, 21 des 39 jeunes rencontrés y ont été scolarisés.

Avant de démarrer notre enquête au sein de cet établissement, nous émettions l'hypothèse selon laquelle les jeunes scolarisés dans ce service venaient principalement de classes sociales favorisées, proches des normes et codes scolaires, dotées de plus de capital symbolique, social et culturel facilitant la négociation de l'entrée dans ce type d'institution. Or, cette hypothèse ne s'est pas vérifiée complètement. La population scolarisée dans le service n'est pas composée que de jeunes issus de milieux favorisés. En effet, du fait du recrutement par le secteur psychiatrique public, une part importante de jeunes venant de milieux populaires est présente. Pour autant, beaucoup de jeunes issus de classes moyennes hautes et supérieures sont représentés dans ce service scolaire. Dans certains cas, ces jeunes n'ont pas été orientés vers le service par des professionnels mais ce sont les

¹¹⁸ Nous reviendrons plus en détail dans le point suivant de ce chapitre sur le processus de recrutement des élèves du service de scolarité.

parents qui au cours de recherches de scolarités alternatives pour leurs enfants découvrent l'existence de ce service. Ils se mobilisent alors, avec le jeune, pour y entrer.

« Et comment tu as entendu parler du service de scolarité à la clinique ?

C'est ma maman sur internet. Je ne sais pas trop. Quand elle voyait que ça n'allait pas et qu'elle avait cherché des solutions sur internet. C'était là. » (Laura, 18 ans)

« Et comment tu as connu le service de scolarité à la clinique ?

Bah c'est ma mère, je ne sais pas trop comment, je ne sais pas trop comment. Et c'est elle qui est allée voir, qui a appelé pour voir si c'était possible bah que je sois, que je puisse venir. Mais je ne sais pas trop comment. Parce que je ne voulais pas retourner de toute façon en lycée. » (Judith, 20 ans)

Notons d'ailleurs ici, que ce sont les mères qui mènent les recherches sur les dispositifs de scolarité alternatifs, même si le faible nombre de situations ne permet pas de monter en généralité, cela fait tout de même écho à la dimension genrée des prises en charge du « care » au sein des familles (Le Bihan-Youinou, Martin, 2008).

Dans certains cas, il n'y avait pas de suivi psychiatrique (prérogative pour entrer), avant de découvrir le service. C'est la volonté d'y accéder qui initie l'entrée dans du soin en secteur public (service de consultation pour adolescents, hors secteur). Dans d'autres cas, le suivi psychiatrique en libéral est remplacé par celui dans le public ou au sein de l'unité de psychiatrie de la clinique. Ces démarches traduisent une volonté forte de maintien de la scolarité et une bonne compréhension du fonctionnement de la psychiatrie et du service de la clinique. Lorsque l'on s'intéresse au statut social des parents des jeunes qui mettent en œuvre ces stratégies, on observe qu'ils ont un capital culturel, social, symbolique élevé (leurs parents travaillent par exemple à l'université, comme ingénieurs, ou encore sont cadres supérieurs de la fonction publique). La scolarisation dans cette clinique permet alors de renouer espoir avec la trajectoire scolaire et sociale qui était envisagée par la famille et le jeune, avant que les troubles ne viennent l'interrompre.

On peut aussi avancer une autre explication sur les caractéristiques de la population du service : l'offre de filières amène également à filtrer les élèves selon leur milieu social. Une seule filière technologique et une professionnelle sont proposées. Or, les jeunes issus de milieux populaires sont ceux que l'on retrouve en plus grand nombre dans ces filières (et inversement moins dans les filières générales) (Orange, 2013).

Pour entrer dans le service de scolarité, les jeunes doivent passer deux entretiens. Le premier avec la direction et le second à nouveau avec la direction mais aussi un enseignant qui sera investi dans la classe d'immersion. Le directeur nous explique ce fonctionnement. Au cours du premier entretien, il présente le service et le dispositif de la classe d'immersion au jeune, et parfois à ses parents lorsqu'ils sont présents. Au cours de cet entretien, le jeune peut aussi présenter son parcours au directeur. Ce dernier demande ensuite au jeune de réfléchir, pour savoir s'il souhaite entrer dans le service et de le rappeler si tel est le cas. C'est le jeune qui doit rappeler, sans cela aucune suite n'est donnée.

« Il repart avec la consigne de réfléchir si ce dispositif l'intéresse, de se poser des questions, etc., et puis de me rappeler. Parce que ça, c'est très, très important, moi, je ne rappelle jamais, sauf cas de force majeure, mais ça n'est pas notre rôle d'aller chercher le jeune, c'est à lui de faire la démarche, de s'engager. » (Directeur, service de scolarité de la clinique)

Au cours du second entretien, le jeune peut à nouveau se présenter, en présence d'un nouveau professionnel. Les parents ne sont pas présents lors de cet entretien, pour favoriser autant que possible la liberté du jeune de se raconter, sans le regard de ses parents.

« C'est lui qui va redire son histoire avec ses propres mots parce que, déjà, parler de son histoire, ça serait l'interpréter et c'est très important que ce soit les mots qu'il utilise lui, parce que c'est sa réalité et c'est à partir de cette réalité-là. C'est pour ça, d'ailleurs, que je n'accueille plus les parents en rendez-vous, ce que je faisais au début, parce que ça phagocyte, ça parasite, je dirais plutôt que « phagocyter », ça parasite complètement l'entretien parce que le jeune n'est pas libre de sa parole. Parfois, j'ai eu des regards, comme ça où je me suis dit : « Bon, ce n'est pas possible... » On sent bien qu'il y a une censure qui se met en place. Et quand ils sont seuls, c'est beaucoup plus riche... » (Directeur, service de scolarité de la clinique)

Ce mode d'entrée dans le service soulève des critiques de la part de certains enseignants qui déplorent ce système de sélection, la multiplication des étapes à franchir pour le jeune, couplée à une incertitude longue sur son acceptation dans le service.

« En termes de recrutement des élèves, avant il y avait un entretien avec l'élève, deux maxi quand vraiment il y avait des doutes, l'ancienne direction voulait avoir l'avis d'un médecin avant de prendre le jeune. Là c'est une course d'obstacle. Il y a des gamins, j'ai encore vu hier une mère d'élève qui me dit « c'est pire que de passer un concours ». » (Enseignante du service de scolarité à la clinique)

Ces critiques soulèvent des interrogations sur les capacités socialement situées des jeunes à mener les entretiens, faire la preuve selon les codes de l'établissement, de leur volonté à intégrer le service. Passer un entretien de sélection pour entrer dans un établissement scolaire nécessite des compétences, des manières d'être, dont sont inégalement dotés les jeunes selon leur milieu social. Ainsi, certains semblent se préparer avec l'aide de leurs proches aux entretiens :

« Le directeur lui a dit « je te reverrai à la rentrée de septembre, rappelle moi début septembre, nous nous reverrons » pour la classe d’immersion de septembre hein, « et nous discuterons de tes motivations ». Et là ils avaient des amis dont une fille avait fait la classe, ils ont convoqué les amis, ils se sont mis à plusieurs adultes tu vois pour dire au gamin « bah comme motivation tu pourrais dire ça », tu vois comme quand tu prépares un concours ! Là elle s’en rend compte la mère si tu veux elle est dans une situation certainement qu’elle a fait des études, elle est bien, elle est plutôt favorisée socialement et tout ça donc elle a le recul pour se dire bah c’est tout je passe par ces entretiens et puis peu importe ! Elle est capable d’analyser mais... » (Enseignante du service de scolarité à la clinique)

Ce fonctionnement sélectif nous a amené à nous interroger sur les attentes et enjeux implicites du service de scolarité. Nous n’avons pas participé à ces entretiens mais nous pouvons tout de même supposer à partir des différents entretiens, et de nos observations au sein du service, que les jeunes sont sélectionnés en partie sur la base de leurs manières d’être et la manière dont est appréhendé leur potentiel conformisme aux règles de l’établissement. Un enjeu particulier est en effet sorti de plusieurs entretiens : le service se trouve au sein d’une clinique, établissement privé qui réalise une partie de ses recettes avec des services de soins pour adultes. Le fonctionnement du service scolaire ne doit pas perturber celui de la clinique. Cela explique notamment le processus de recrutement (les deux entretiens avec les jeunes seuls) et pourquoi la direction de l’établissement tient à garder la main sur les jeunes qui sont sélectionnés, comme le dit clairement le directeur.

« Et puis je pense que les partenaires savent aussi, parce qu’ils ont essayé de court-circuiter, de dire : « Voilà, je vous affecte telle personne... » « Vous êtes gentils mais non. » La MDPH aussi affectait au service de scolarité à la clinique, je dis : « Ben non, excusez-moi, mais non. On ne vous appartient pas, je suis désolé, ce n’est pas comme ça que ça marche. »

Sinon on aurait tout et n’importe quoi, si je ne me battais pas... Ça ne serait pas possible parce qu’on est dans une clinique, il y a d’autres patients, on accueille ici des patients qui n’ont rien à voir avec la scolarité, qui vont être plus âgés, qui vont travailler, eux, sur l’insertion, il faut retrouver un nouvel emploi puisque leur accident fait qu’ils ne pourront plus exercer celui-là donc il y a tout un tas de choses qui se font ici, il n’y a pas que les études, c’est une partie du service de scolarité à la clinique. Et moi, je me dois, par rapport même au directeur de la clinique, que tout ça vive en bonne énergie. Il y a des lieux partagés, on a une salle commune, une salle des loisirs là-haut qui est commune à tous les patients, les patients adultes, à tous nos élèves, donc il faut que chacun puisse y être, s’y épanouir, avec sa place et ne pas prendre toute la place. Il ne faut pas que tous les élèves aillent là-bas, prennent toutes les tables et que les patient se disent : « Je n’ai plus rien à faire là, c’est des élèves... » Surtout pas ! C’est vraiment un lieu où ça doit être moitié, moitié, il y a des moments de la journée où il y a plus de patients, d’autres où il y a plus d’élèves mais ça s’équilibre... On surveille, on passe... Les élèves ont les règles, on a fait des choses, on a fait un petit fascicule où les règles sont édictées de manière un peu ludique mais essentielle, tac, en flash, ils savent. Donc, une fois qu’ils savent... Après, on est dans ce cadre-là,

c'est tout. Le cadre ne bouge pas, en fait. Notre rigueur, elle est dans le cadre, et c'est à ça que je tiens vraiment, et je le tiens vraiment. » (Directeur, service de scolarité de la clinique)

Comme le dit explicitement le directeur du service, il tient à garder le contrôle sur la sélection des jeunes, pour veiller à « ce que tout ça vive en bonne synergie », ou autrement dit à ce que les élèves du service ne perturbent pas l'activité de la clinique qui constitue également la principale ressource financière de l'institution qui porte le service de scolarité. Par ses propos, la volonté du directeur de sélectionner des élèves qui ne perturberont pas l'ordre scolaire est bien visible¹¹⁹.

Certains jeunes racontent qu'ils sont même reçus au cours de trois entretiens et non deux avant d'apprendre qu'ils peuvent s'inscrire dans le service. Les jeunes qui ont été reçus à trois entretiens racontent que l'équipe émet des doutes quant à leur motivation, leur capacité à entrer dans le cadre du service ou encore l'adéquation entre leur état de santé et la prise en charge de la clinique. C'est ce que raconte Emma :

« Premier rendez-vous avec le directeur. Bah toute seule maman m'attendait à la porte. Et il me dit que j'avais tout à fait le profil pour rentrer dans le lycée. Deuxième rendez-vous, donc là je viens toute seule.

Enfin maman m'attendait dehors quoi. Et là il me dit, enfin ils étaient deux, il y avait Mme B aussi, et là ils me disent que je n'ai pas le profil pour rentrer dans le lycée. Pas du tout. C'est-à-dire que j'avais des problèmes de dos, et il n'y a pas de lit ici. Il faut savoir qu'on est dans un centre médical y a pas d'infirmerie. Alors que moi j'allais tout le temps à l'infirmerie ; Donc c'est ce qui leur faisait peur un peu je pense Et en plus je fais des baisses de tension avec des débuts de malaise vagal. Et donc j'avais plus du tout le profil pour rentrer. Donc là ça a été l'hécatombe. Mais bon on doit toujours rappeler, c'est nous qui, depuis le début c'est moi qui appelait à chaque fois, il faut appeler une première fois le lendemain et une autre fois un peu avant le rendez-vous pour savoir si on viendra bien. Et donc je m'en rappelle après le 2^{ème} rendez-vous on s'était arrêté manger à Mac Do avec maman parce qu'on n'avait pas mangé en venant. Et en pleine discussion, en train de se dire pourquoi ils m'ont dit ça, la première fois j'avais tout à fait le profil pour rentrer, la deuxième pas du tout, qu'est-ce qu'il se passe. Et en fait en train de se dire bah en fait c'est peut-être un test pour voir si je suis vraiment motivée à venir. Et là je vois ma mère je lui dis de toute façon je n'ai pas le choix, c'est soit je vais là, soit papa m'emmène à l'usine. Donc de toute façon j'irai. Parce que je voulais m'en sortir ! Parce que même si mon agoraphobie et ma phobie scolaire étaient là, je n'étais pas en dépression et je voulais à tout prix m'en sortir, donc j'irai.

Et du coup maman me dit on fera tout pour de toute façon et tu rappelles et on verra bien. Donc j'ai rappelé le lendemain, j'ai rappelé je sais plus 2-3 fois, et à chaque fois c'est moi qui appelait. Je faisais le numéro et je faisais toute seule. Et donc ensuite je l'appelle et tout ça et je vais au 3^{ème} rendez-vous. Maman en plus avait le bras en écharpe donc c'était papi qui nous avait emmenés. Il faut savoir que moi qu'il y ait d'autres lycéens ça me faisait peur. Parce qu'en fait

¹¹⁹ Nous verrons dans le point suivant comme cet enjeu se rejoue pour les élèves une fois qu'ils sont entrés dans le service.

j'étais agoraphobe mais surtout en présence d'adolescents. Avec des adultes je pouvais parler tout à fait normalement. Et donc du coup il y avait aussi Monsieur C [le psychiatre de l'unité de la clinique] ils étaient trois. Et puis ils parlent ils parlent ils parlent, et puis au bout d'un moment ils font bon bah on peut peut-être lui dire. Et donc ils se regardent tous les trois et ils me font « tu es prise pour la classe de septembre ». Parce que du coup ils hésitaient après le 2^{ème} rendez-vous à me prendre à celle de décembre. Sachant qu'au premier ou au deuxième rendez-vous où j'étais venue euh...y avait déjà, donc y avait que 8 places à ce moment-là, moi la classe d'immersion que j'ai faite. » (Emma, 19 ans)

Cet extrait d'entretien met en lumière une autre variable dont dispose la direction du service pour sélectionner les jeunes : le choix de la date d'entrée. Il y a en effet deux classes d'immersion par an, qui font leur rentrée à des dates différentes. Nous émettons l'hypothèse selon laquelle les groupes sont constitués de façon à créer un équilibre de groupe selon les critères du service. Ainsi, certains jeunes sont retenus pour entrer dans le service, tout en étant considérés comme demandant plus de suivi que d'autres jeunes, par rapport à ce qui est perçu de leur possible « adhésion au dispositif ». Dans un groupe de 8 ou 10 élèves, les jeunes avec ce profil ne peuvent être trop nombreux, sans quoi la dynamique de groupe serait plus difficile à encadrer par les enseignants. Gabriel nous semble correspondre à ce profil de jeune.

« Et quand t'as décidé de rentrer ici, t'as eu des entretiens avec la direction ?

Oui, trois.

Trois. Tu t'étais préparé d'une manière particulière pour... ?

Non, sauf pour le dernier.

Parce que ?

Alors en fait, le truc c'est que... la première fois que j'y suis allé, bon, on a juste parlé. La deuxième fois il y a eu Madame B. Et ils m'ont demandé en gros de réciter ce qui s'était passé pendant le premier entretien, donc pour leur dire un peu... Ils m'ont demandé c'était quoi un peu la classe d'immersion, parce que j'ai pas fait de recherche. Mais heureusement qu'on m'en avait parlé quand même, parce que... comme quoi...

T'avais retenu ?

Ah ouais. Heureusement, parce que du coup j'étais genre : « ah, c'est ça, machin... 14 semaines », enfin je sortais des trucs comme ça, enfin des petites informations que je piochais. Et Madame B m'a demandé un peu... d'expliquer le mois passé, machin, mais vite fait, machin. Elle m'arrête : « eh bah ouais, mais mon ami, pour que tu rentres elle me dit, c'est mort ». Franchement, je pense qu'elle dirait ça à quelqu'un du genre Lola, pff... bah tu te casses. Ouais, mais sérieusement : « enfin... pff, ouais, je ne sais pas, ça je ne sais pas si tu vas rentrer, je ne sais pas ». Bah alors... bah alors j'y vais.

Et elle t'avait donné des explications ?

Ouais, que... elle avait peur que... bah d'ailleurs elle avait raison (Rire.) elle avait peur que je me mette pas dans le même... dans le même axe que les autres en fait. En gros... grosso modo, en gros que je me laisse pas faire autant que les autres. C'est genre pantin, genre ça va aller mieux, mais en même temps il faut qu'on te secoue un peu. Non non, moi tu me secoues pas, tu me touches pas, on y va ensemble si tu veux, mais c'est pas toi qui le fait pour moi quoi. Et du coup... bah du coup, dépité je lui ai sorti du coup-là : « oui, je vais y aller, mais juste... mais juste pour vous faire plaisir quoi ».

À qui ?

À mes parents et à mes sœurs. Et pour le troisième rendez-vous, ma sœur m'a accompagné, elle m'a choppé, elle m'a fait : « je te jure, tu as juste à dire ça ça ça ça ça », « ouais, mais vu que c'est un institut vraiment psycho, on pourrait peut-être dire plus machin ». Je suis arrivé à l'entretien, j'ai cartonné. À partir de... franchement, dix minutes, ils m'ont fait : « c'est bon, t'es pris », hallelujah ! Enfin voilà... » (Gabriel, 18 ans)

Gabriel raconte la stratégie qu'il a mise en œuvre pour entrer, alors que la direction lui annonce qu'elle hésite à le prendre dans le service. Gabriel est très soutenu et incité dans ses démarches par sa sœur. Celle-ci a effectué des études supérieures longues et exerce une profession dans le milieu de la santé. La scolarité est très fortement valorisée dans la famille de Gabriel. Pour les jeunes pour lesquels le service de scolarité hésite à les prendre, tel que pour Gabriel, le soutien familial et la capacité à jouer avec les codes de l'institution et les codes scolaires fortement marquée par le milieu social d'origine, apparaissent comme déterminant.

Grâce à notre enquête de terrain en immersion dans le service de scolarité de la clinique, nous avons pu observer comment se négocie non seulement l'entrée dans ce dispositif, mais aussi la suite du parcours des jeunes, notamment le maintien, la circulation ou la sortie du dispositif. C'est cette analyse que nous présentons dans la suite de ce chapitre, car elle met en lumière des mécanismes et enjeux en matière de négociation des normes occupationnelles de la jeunesse, qui vont au-delà de ce dispositif spécifique. Ainsi, nous verrons comment se confrontent les enjeux moraux autour de l'accompagnement des jeunes avec des troubles psychiques autour de la question de la responsabilité, les marges de négociation des professionnels dans un cadre institutionnel contraint, et la manière dont se jouent les négociations en fonction des ressources, objectifs et idéaux des jeunes.

2. Quels aménagements de la scolarité ? Etude du service de scolarité d'une clinique

Notre territoire de recherche dispose d'un service de scolarité dédié aux jeunes avec des troubles psychiques. Ce service propose des aménagements devant permettre la reprise de la scolarité, pour des jeunes qui ont eu ou risquent d'avoir une coupure de leur scolarité du fait de troubles psychiques. Dans le premier point de ce chapitre, nous avons abordé, en négatif la question des aménagements scolaires spécifiques aux troubles psychiques. L'offre émanant du champ du handicap est décrite par les professionnels, jeunes et familles, comme inadaptée à leur problématique. La scolarité à domicile par le CNED pose des difficultés à nombre de jeunes qui ne peuvent être accompagnés par leurs proches pour suivre leurs cours. Le dispositif de scolarisation du SAPAD, s'il semble plus adapté, n'est que très peu mobilisé par les jeunes que nous avons rencontrés. Il n'est de plus pas spécifique aux troubles psychiques. Dans ce panorama, le service de scolarité de la clinique apparaît comme une ressource rare, par son ciblage sur les troubles psychiques et la scolarité d'une part, par ses capacités d'accueil limitées d'autre part. Nous avons analysé dans le premier point les modalités et déterminants de l'entrée dans le dispositif. Dans ce point, nous présentons en détail le contenu du dispositif, son fonctionnement, ses enjeux.

Nous nous appuyons pour cela sur les matériaux recueillis au cours d'une enquête de terrain ethnographique au sein du service de scolarité de la clinique.

Enquête dans un service de scolarité d'une clinique

Lors de notre enquête exploratoire, nous demandions aux professionnels rencontrés de nous indiquer les acteurs clés de notre sujet de recherche sur notre territoire. Un nom de structure, que nous avons déjà identifié lors de la conception du projet de recherche, revenait systématiquement : un service de scolarité, dans une clinique privée, qui accueille des jeunes suivis soit en médecine physique et de réadaptation, soit en psychiatrie. Nous avons donc très rapidement rencontré le directeur de ce service, qui nous a présenté sa structure et un dispositif dédié aux jeunes entrants, en rupture (ou risque de rupture) scolaire, du fait de troubles psychiques. Nous intéressant particulièrement à la question de la scolarité dans le cadre du projet de recherche HanPsyje qui finançait notre thèse, nous avons sollicité cette structure pour y effectuer une enquête de terrain approfondie. Nous souhaitions mettre en regard des parcours de jeunes passés dans ce service avec d'autres n'en bénéficiant pas. Nous nous intéressions aux déterminants de la mobilisation des offres locales et à leur impact sur les parcours des jeunes. Notre demande a été acceptée par le directeur,

très impliqué dans une volonté d'aider ces jeunes avec des troubles psychiques et désireux de valorisation de son dispositif. Un nouveau groupe d'élève devant faire sa rentrée dans une classe d'immersion peu de temps après notre entretien, nous nous sommes accordé sur le principe de réaliser les mémoires de ce groupe durant cinq mois (toute la durée de la classe).

C'est ainsi que nous nous sommes rendus presque quotidiennement dans le service de scolarité pendant quatre mois, puis plusieurs fois par semaine pendant un mois. Nous participions aux activités proposées au groupe, dans l'établissement ou en dehors. Nous avons retranscrit chaque soir le fruit de nos observations dans des journaux de terrain. Nous avons également réalisé des entretiens avec des professionnels et jeunes de la structure : 15 entretiens avec des professionnels scolaire (Direction, Conseiller Principal d'Education, Auxiliaire de Vie Sociale, enseignants, Conseiller d'Orientation Psychologue), 2 entretiens avec des professionnels du service de soin psychiatrique (psychiatre, psychologue), 18 entretiens avec des jeunes (dont 8 de la classe d'immersion, 3 anciennement suivis dans le dispositif et 7 scolarisés dans d'autres classes du service). Nous disposons d'un autre entretien avec un jeune qui a été scolarisé dans ce dispositif, mais que nous avons rencontré dans le cadre d'une autre enquête, par la mission locale. Si les entretiens avec les jeunes tournaient beaucoup autour de la question scolaire, nous les avons interrogés sur leur parcours antérieur à leur entrée dans le service, afin de resituer leur expérience scolaire dans leur parcours de vie.

L'analyse ci-dessous s'appuie sur le croisement de ces différents matériaux : observations, entretiens avec les professionnels et avec les jeunes.

2.1 La classe d'immersion, des aménagements allant du travail sur l'estime de soi à l'évaluation des compétences d'élève

Le service de scolarité de la clinique propose une offre alternative à celle que l'on trouve en milieu ordinaire et qui ne permet plus, pour certains jeunes avec des troubles psychiques, de rester scolarisé. Les modalités pédagogiques, l'organisation et les objectifs poursuivis se veulent distincts des établissements ordinaires, avec toutefois un même objectif principal qui est la reprise de la scolarité et le passage du bac.

La scolarité au sein du service de la clinique se déroule pour la plupart des jeunes avec des troubles psychiques, en deux temps : une période au sein de la classe d'immersion de 14 semaines, puis l'entrée dans les classes par niveaux et filières. Les enseignements, les méthodes pédagogiques et les objectifs suivis dans ces deux types de classe sont différents.

La première période a pour objectif de redonner « confiance en soi » aux jeunes qui entrent dans le service. Un membre de l'équipe pédagogique nous raconte comment le dispositif de la classe-projets s'est construit autour de cet objectif, qui est apparu avec l'expérience comme nécessaire au fonctionnement du service pour la problématique des troubles psychiques.

« Donc, les moyens étant dédiés, charge a été donnée à la directrice des études de l'époque de rechercher des jeunes qui pouvaient profiter de cette structure-là. Et c'est vers la psychiatrie, les jeunes en souffrance psychique qu'on s'est orienté. On est allés voir dans les lycées pour voir s'il n'y avait pas des jeunes qui étaient en difficulté et qui auraient besoin d'une structure plus petite, des groupes plus petits, ça devrait permettre de mieux fonctionner. En fait, ils sont arrivés et ça n'a pas marché du tout, mais alors pas du tout. Parce qu'on retombe dans ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire que la problématique, il faut comprendre ce qui arrive, il faut se comprendre, on a beau changer de lieu, on refait la même chose et c'est ça qui n'est plus possible. Ça n'est plus envisageable parce que l'esprit est pris à autre chose donc il faut travailler à une réparation. Et c'est comme ça qu'ils se sont dits on ne va pas en rester ici, l'innovation, elle est constante. » (Membre de l'équipe pédagogique du service de scolarité de la clinique)

Le service de scolarité a cherché comment adapter son offre pour permettre aux jeunes avec des troubles psychiques de reprendre une scolarité. Il leur est apparu qu'une adaptation seulement sur le nombre d'élèves en classe n'était pas suffisante.

« Ici, ils se sont dits : « Il faut qu'on fasse quelque chose. » et ils ont inventé cette classe-d'immersion-là, avec tout un travail autour de l'estime de soi, la confiance en soi et la confiance en l'autre, c'est vraiment les racines. En fait, c'est la confiance en soi... Parce que ce ne sont pas trois choses distinctes, la base c'est l'estime de soi, restauration de l'estime de soi qui permet la confiance en soi et donc la confiance en l'autre. Et donc de ré-envisager une perspective... » (Membre de l'équipe pédagogique du service de scolarité de la clinique)

D'autres aménagements portent sur le cadre et l'organisation : les élèves sont dix par classe au maximum, ils n'ont pas cours le matin pendant les premières semaines, pas de devoirs à la maison, disposent d'une plus grande flexibilité quant à leur présence en cours, peuvent sortir pendant la classe s'ils ne se sentent pas bien, etc. Ils peuvent également moduler les enseignements, c'est-à-dire suivre une partie des matières du programme dans lequel ils sont inscrits sur une première année et sur la suivante le reste des matières. Ainsi, certains jeunes passent le bac en plusieurs années. En détaillant la multitude d'aménagements possibles dans la structure, le directeur du service de scolarité nous dit :

« Nous on est à la recherche de toutes ces petites choses-là qui font qu'ils n'auront plus à s'inquiéter de choses qu'ils auraient à affronter en milieu ordinaire. » (Directeur du service de scolarité de la clinique)

Chaque élève du service dispose d'un suivi individualisé par un professeur référent. Au cours de la classe d'immersion que nous avons observé, les jeunes rencontraient leur professeur référent une fois par semaine. Lors de ces échanges, les jeunes sont invités à faire le point sur leur vécu de la scolarité, à faire le point sur la semaine passée et à se fixer des objectifs pour la semaine suivante. C'est un espace où ils peuvent raconter des expériences passées, discuter de leurs projets, discuter de ce qui les freinent et de la manière de dépasser ces obstacles.

Concrètement, la classe d'immersion réunit une dizaine de jeunes, nouveaux élèves dans le service, de tous niveaux et filières pour 14 semaines. Il y a deux classes d'immersion par an, soit 20 nouveaux élèves qui entrent dans le service pour des troubles psychique chaque année. La première classe débute en septembre et la seconde en janvier. Chaque classe d'immersion est guidée par un grand thème, comme par exemple : « soulever les montagnes », « moi et les autres », « voir les choses autrement », « ce qui change la vie », « les temps changent ».

« Ce sont toujours des thèmes qui sont en lien avec le contexte qui nous occupe. [...] Ce sont des choses qui ont à voir en fait, métaphoriquement, avec ce qu'ils sont en train de faire. »
(Enseignante de la classe d'immersion).

Ces thèmes sont choisis pour faire écho au vécu des jeunes et les amener à réfléchir sur leur rapport à la scolarité de façon large.

« On reçoit des élèves quand il y a eu une interruption de la scolarité ordinaire pour penser le rapport à l'école, le rapport à l'adulte, le rapport au groupe/classe d'une autre façon »
(Enseignante de la classe d'immersion).

Les 14 semaines de la classe d'immersion sont divisées en trois périodes. La première période dure 6 semaines durant laquelle les jeunes ont des activités prévues l'après-midi uniquement. Le lundi et le mardi, des activités sont proposées par des enseignants du service. Ce ne sont pas des cours mais des situations d'apprentissage alternatives, en dehors des champs disciplinaires des enseignants qui les proposent. Par exemple, les jeunes peuvent être amenés à rencontrer un professionnel (un tatoueur, un politicien), visiter un musée, faire du théâtre, regarder un film et en débattre, réaliser une visite culturelle de la ville, etc. Le mercredi et le jeudi après-midi, les jeunes réalisent une recherche en autonomie sur le thème de leur choix. Ils travaillent au CDI dans le service. Ils sont invités le vendredi à restituer les résultats de leur recherche au groupe et aux enseignants référents de la classe, sous la forme de leur choix. Les enseignants ajoutent parfois des consignes spécifiques à ces activités de

recherche (comme par exemple, ne pas utiliser internet mais seulement des livres, ou encore ne pas parler de soi). La présentation de leur recherche n'est pas obligatoire mais les enseignants essaient d'amener les jeunes, progressivement, à prendre la parole pour au moins parler de leur démarche. L'objectif de cette période est de travailler sur les compétences orales, la prise de parole. La semaine se conclut par un bilan entre les enseignants et les jeunes et une présentation du programme de la semaine suivante (le planning de la classe est ainsi communiqué, seulement d'une semaine sur l'autre).

Au cours de cette période, une semaine « événement » est prévue. Cet événement est un voyage de quatre jours, à une date inconnue des jeunes jusqu'au vendredi précédent le départ, et à une destination également inconnue jusqu'au moment du voyage.

La dernière semaine, est dédiée à la transition vers la seconde phase de la classe d'immersion. Elle est appelée « semaine d'orientation ». Des présentations y sont réalisées par des enseignants sur « les choix », ou encore sur le handicap (présentation et discussion de la loi de 2005 sur le handicap et des moyens de compensation prévus par ce texte). C'est également un temps dédié au bilan de la première partie. Les enseignants réalisent des « profils » des élèves, sur lequel ils inscrivent toutes les « réussites » des jeunes.

« À la fin de cette première étape, il y a une semaine de transition avant d'entrer dans les modules où on transmet aux élèves toutes les situations de réussite qu'ils ont pu... aussi bien dans l'assiduité que dans la manière de faire leur recherche, dans la façon d'être dans l'échange au moment de la présentation, dans l'originalité de leur démarche. C'est une intention, vraiment, que de mettre l'accent sur ce qui est RÉUSSI. Évidemment ce n'est pas un bulletin, mais ils ont une feuille. On leur dit : « Vous pouvez tout à fait montrer à vos parents ou autres, mais c'est effectivement l'avis de toute l'équipe sur ce que vous avez pu réussir ». Et souvent, je leur redis : « Vous verrez, qu'à un moment, ça sera peut-être un peu moins simple » — même si ça peut être aussi compliqué sur le moment. Donc, de relire le profil, de continuer avec le professeur référent qu'ils ont dès la première semaine et qui continue à les suivre au fil des quatorze semaines et après dans le cadre de la scolarité, pour pouvoir retrouver, dire : —« Ben non, ça je ne sais toujours pas le faire », —« Ah mais oui, mais tu savais le faire... ». » (Enseignante de la classe d'immersion).

L'objectif de développement de l'estime de soi est très présent dans cette organisation de la première partie de la classe, et guide le choix des thèmes, de la réalisation des profils, de l'absence de notes, l'incitation à prendre la parole, etc.

Toute cette première phase de la classe d'immersion prépare la suite de la scolarité dans le service de la clinique. La dernière semaine de la première phase (la semaine 6) est appelée semaine d'orientation. C'est une transition vers la deuxième phase. Les jeunes sont invités à réfléchir à leurs

choix futurs. Au cours des 5 jours, des interventions sont proposées en philosophie sur les questions de choix, sur les questions de handicap et de droits (avec une présentation de la conception du handicap dans la loi de 2005, des moyens de compensations prévues et leviers d'accès aux droits).

Démarre ensuite la deuxième période de la classe d'immersion. Durant quatre semaines, les interventions s'articulent autour d'un grand thème, abordé par différentes disciplines (par exemple « les arbres », « la ville »). Un travail sur l'orientation est également mené par une enseignante qui accompagne les jeunes dans la réalisation de tests et dans l'information sur des filières et métiers. Au cours de cette période, les jeunes sont invités à réaliser des travaux écrits, ce qui permet aux enseignants de les évaluer sur leurs compétences rédactionnelles, capacités d'analyse et méthodes de travail. Ces éléments viennent compléter ceux recueillis sur les compétences des jeunes à l'oral, pour se donner un avis sur leur orientation prochaine. Le planning des jeunes prévoit dorénavant des interventions le matin et l'après-midi. Cette période permet aux enseignants d'évaluer les capacités des jeunes sur le plan des compétences scolaires, de leur capacité à reprendre un rythme avec plus de cours et de mettre ces éléments en regard avec le projet d'orientation du jeune. C'est une phase de transition entre la première partie de la classe projets qualifiée par certains enseignants de « non scolaire », avec la fin de la classe d'immersion qui est-elle « scolaire », selon un programme classique. Un focus important y est fait sur l'orientation et la construction d'un projet (scolaire et professionnel). C'est une phase au cours de laquelle les projets des jeunes (avant les troubles psychiques qui ont marqué un coup d'arrêt de leur scolarité), peuvent être repensés avec les enseignants, ou bien ou des projets peuvent être construits lorsque le jeune n'avait pas d'idée d'orientation.

Enfin, la troisième période de la classe d'immersion, sur quatre semaines également, prévoit des enseignements disciplinaires pour les jeunes du groupe. L'objectif est de passer une nouvelle étape dans la réintégration d'une classe, selon un modèle plus normé. Les cours sont toutefois aménagés puisque le groupe de la classe projets est constitué de jeunes de tous les niveaux du lycée. Cette période permet une réévaluation du niveau scolaire de l'élève et de son projet.

« Là, l'objectif des quatre semaines, ça va être de jauger de leur niveau et de voir si leur souhait est réalisable. Ceux qui demandent à aller en Terminale, même s'ils ont fait une Première, est-ce que ça va être vraiment possible ou est-ce qu'il vaut mieux leur proposer une Terminale en deux ans pour récupérer des bouts qu'ils n'ont pas faits en Première. Et c'est aussi au référent de faire passer ça et de dire que c'est mieux pour eux. » (Enseignante de la classe d'immersion)

Les référents des jeunes jouent un rôle important dans cette étape de négociation de l'orientation :

ils connaissent les projets et souhaits des jeunes mais aussi les avis et réticences potentielles de leurs collègues. Ce rôle est appréhendé différemment selon les enseignants (nous y reviendrons dans la suite de ce texte).

La phase ultime de ce parcours si le jeune est resté jusque-là et autorisé à poursuivre, est la réintégration de classes, par niveaux et par filières au sein du service. Dans le groupe que nous avons suivi, une jeune avait arrêté la classe dès la première semaine. Une autre jeune ne venait presque plus les dernières semaines. Nous n'avons pas pu rencontrer ces deux jeunes femmes en entretien, faute de réponse de leur part à notre sollicitation. Parmi les 8 jeunes participants à la classe d'immersion rencontrés, deux allaient quitter l'établissement à la fin de l'année scolaire. Les 6 autres étaient autorisés à se réinscrire dans la structure. Grâce aux observations de terrain, que ce soit les échanges informels entre enseignants, jeunes ou encore des réunions et temps formels de l'institution (conseil de classe), nous avons pu identifier différents déterminants de la circulation des élèves de la classe d'immersion dans la structure.

2.2 Enseignants ou « ensoignants » : ambiguïté des postures professionnelles

Le maniement de la relation entre le soin et la scolarité pour les professionnels du service nous renvoie à l'image du funambulisme. Les professionnels du service de scolarité dépendant de l'éducation nationale et non du soin.

« On n'est pas des « ensoignants » mais des enseignants. » (Propos de la direction du service scolarité au cours de la réunion d'information aux parents-classe d'immersion)

Toutefois, une ambiguïté est présente dans les discours par rapport à ce travail entre enseignement et soin. Les études au sein de la structure sont en effet décrites comme participant aux soins des jeunes.

« Cette structure-là, c'est une structure qui va scolariser des enfants malades, des élèves qui sont en soins-études, c'est un pré-requis absolument obligatoire, les études participant du soin. » (Directeur du service scolarité)

De plus, le contenu de la première phase de la classe d'immersion est décrit comme « non scolaire » par certains enseignants. Il vise à développer l'estime de soi des jeunes, comme déterminant psychologique et même prérequis pour qu'ils puissent recommencer à apprendre dans un cadre

scolaire. Cette philosophie qui caractérise le service va à l'encontre de discours entendus en milieu ordinaire :

« Parce qu'il faut complètement combattre l'idée que l'école serait en elle-même un moyen thérapeutique. Aller à l'école, ça peut aider, oui, c'est vrai, mais c'est en complément d'autre chose. Même si on a un AVS, on n'est pas dans une dynamique rééducative. Même si on a un SESSAD, même si on a un certain nombre de professionnels, dans l'école et à l'extérieur de l'école, malgré tout, la journée de classe, c'est six heures par jour dans une salle, avec un prof, qu'on aime qu'on n'aime pas, qu'on aime bien, qu'on n'aime pas du tout... Avec d'autres qu'on supporte, qu'on ne supporte pas, qu'on aime bien, qu'on n'aime pas... Enfin, il n'y a pas autre chose, on n'a pas autre chose à proposer, ce qui peut, dans certaines situations, conduire — quand je dis exclusion, la volonté n'est pas d'exclure, mais des passages en conseil de discipline... Eh oui, c'est aussi ça, le fait d'être comme les autres élèves, même s'il y a un coefficient de tolérance compte tenu d'une organisation qui est quand même adaptée, on a quand même des gamins qui sont en capacité de faire des choses pas bien ! » (Professionnels du rectorat)

Cet écart de conception de l'école comme « participant du soin », avec le milieu ordinaire amène les professionnels du service de scolarité, ou peut les amener à repenser leurs postures et pratiques vis-à-vis des jeunes. Au cours des entretiens et observations, nous avons identifié deux grandes postures des enseignants en fonction de la manière dont ils se placent vis-à-vis du soin, ou plus largement du travail psychologique au sein du service. Ces postures impliquent des interactions et des positionnements différents, voir divergents, vis-à-vis du travail avec les jeunes dans le service.

Le premier profil d'enseignant se caractérise par son imprégnation du savoir psychologique dans les pratiques quotidiennes. Cette présence du discours médical et psychologique chez des professionnels scolaires n'est pas propre au service puisque le même mouvement est décrit en milieu ordinaire dans les travaux de Stanislas Morel sur la médicalisation de l'échec scolaire (Morel, 2014) ou encore dans ceux menés par Didier Fassin sur le développement des lieux d'écoute depuis les années 1990 (Fassin, 2004). Mais à la différence du milieu ordinaire, le travail des enseignants est explicitement décrit comme jouant un rôle « guérisseur ». Cette imbrication du psychologique dans le scolaire est même formalisée, comme nous venons de le voir, dans le développement du dispositif de la classe d'immersion dont l'objectif premier est de développer la confiance en soi et dans les autres (et non l'apprentissage de connaissances en vue de passer un diplôme). Le sens de la scolarité qui est mis en avant, même si c'est de façon temporaire, c'est le travail sur l'individu. C'est ensuite que la scolarité visant à la progression dans un parcours scolaire réapparaît.

Parmi les enseignants qui entrent dans ce profil, certains disent avoir toujours été attirés par le travail auprès de jeunes en souffrance ou par des pédagogies alternatives à celles utilisées en milieu ordinaire.

« Mais en même temps, si je regarde mon parcours, je me rends compte — parce que j'étais enseignante d'abord, après personnel de direction — en fait, j'ai toujours fonctionné de la même façon. Celui qui m'intéressait, c'était celui qui était à la marge, qui n'arrivait pas. Parce que les autres, on les nourrit, ils n'ont pas besoin de nous, on leur donne et puis... Alors quand je dis ça, il y en a : « Quand même !.. » Un peu d'humilité quand même... Par contre, ceux qui sont à la marge, qui ont tout le talent, qui ont des compétences intellectuelles qui sont tout à fait bonnes, parce que sur la déficience intellectuelle, je ne sais pas si je saurais faire, mais en tout cas sur ceux-là, sur la restauration de l'estime de soi, ça, ça m'a toujours passionnée. En fait, c'est mon fil, quand je suis arrivée ici, c'était évident. » (Enseignante du service de scolarité de la clinique)

Les enseignants du service sont recrutés par profils, et non selon le système classique d'attribution des postes de l'Education Nationale. Ce recrutement doit permettre d'avoir des enseignants qui ont cette « fibre » particulière recherchée par le service. Les enseignants ne reçoivent pas de formation particulière.

« Et les enseignants qui travaillent ici, quel est leur parcours, leur formation ?

Alors, leur formation... C'est ça, on y est... En fait, il n'y a pas de formation...

Ce sont des gens qui ont envie, c'est un petit peu ça, des gens différents qui ont une façon d'enseigner différente, qui sont dans la bienveillance. » (Directeur du service de scolarité de la clinique)

Certains enseignants passent un « Certificat Complémentaire pour l'Adaptation Scolaire et la Scolarisation des Elèves Handicapés » (2CA-SH) au cours de leur parcours dans la structure. Avec le 2CA-SH il est possible d'être formé sur les troubles psychiques et cognitifs. Toutefois, même si les enseignants disent apprécier cette formation et qu'elle les aide, comme pour la formation des AVS, les informations semblent concerner principalement les troubles DYS, et non les troubles de type psychose.

« Donc il y a des éléments sur la pédagogie et des éléments sur les troubles en eux-mêmes? Sur les troubles en eux-mêmes oui quand même, par exemple, tout ce qui concerne la dyslexie par exemple, j'ai beaucoup appris. Dyslexie, dyspraxie, l'apprentissage de la lecture ouais c'était fantastique, j'ai eu beaucoup d'informations. Après par exemple on n'aborde jamais les troubles schizophréniques, les troubles du comportement alimentaire, là j'ai pas du tout de formation, j'ai dû regarder dans des bouquins en fait. Pour apprendre des choses. Mais au moins on a des listes aussi bibliographiques, on peut poser des questions et on a des professionnels qui nous orientent vers tel ou tel bouquin.

Et ça a changé des choses dans votre pratique d'avoir cette formation ?

Je pense que oui. Je pense que ça m'a énormément nourrie ouais. Après j'arrive plus trop à dissocier, enfin je pense que j'ai amélioré un petit peu ma façon de faire oui. Mais c'est difficile de dire exactement sur quoi ça a changé. » (Enseignante, service de scolarité de la clinique)

Dans le discours de certains de ces professionnels, le diplôme y compris est envisagé d'un point de vue psychologique. Le diplôme est envisagé dans sa dimension relationnelle avec la famille : l'obtention du bac libère intérieurement les jeunes par l'acquittement d'une dette vis-à-vis de leurs parents ; il permet le passage symbolique du statut d'enfant à celui d'adulte.

« Beaucoup font un parcours assez long ici, souvent, ils font toute leur scolarité. Toute leur scolarité ou pas nécessairement, parce que ceux qui arrivent en terminale... Mais en tout cas, ils vont aller jusqu'au bout. Et ils vont aller jusqu'au bac parce que c'est une..., une finalité, non, on le dit toujours que c'est une étape. Mais c'est quelque chose, ce bac-là, c'est quelque chose. Je trouve que ça renvoie à la problématique de l'enfant. C'est quelque chose... Vous savez, cette phrase : « Passe ton bac d'abord. », c'est quelque chose qu'on doit à ses parents. « Quand tu auras ton bac, tu feras ce que tu veux. » Il y a quelque chose de « je suis le bon enfant et je donne... » Alors, je n'arrivais pas à satisfaire mes parents, parce qu'ils ont des croyances dans leur tête que leurs parents veulent absolument qu'ils soient brillants, etc. Mais souvent, ce sont des croyances, ce n'est pas la réalité des parents qui, eux, veulent juste que l'enfant soit heureux, comme tout parent. Mais ils se sont mis des croyances et ils sont sûrs que le parent sera déçu et donc c'est impensable pour eux de décevoir leurs parents. Dans le bac, il y a vraiment quelque chose de... « Voilà, je vais l'avoir ce bac, je vais vous le donner et après, je vais pouvoir faire ce que je veux. Je vais pouvoir vivre ma vie, faire mes études, etc. » Et on les voit quand ils viennent chercher leur bac, il y a quelque chose de changé, quelque chose de redressé. J'en ai une en tête en particulier, qui était recroquevillée comme ça... Je me dis : « Bien, super, elle est sortie de sa coquille et elle a enfin donné à sa mère ce qu'elle voulait. » Comme ça, elle était libre de faire autre chose. Mais je pense vraiment que ce bac, il y a quelque chose qui se clôt avec l'enfance, cette espèce de : « Voilà, j'ai rempli mon contrat. J'ai été un bon fils, une bonne fille... ». » (Directeur service de scolarité à la clinique)

Le second profil d'enseignant que nous avons identifié est plus distant avec le discours psychologique, dans ses propos et pratiques. Tout en travaillant dans le cadre organisationnel du service et en adaptant leurs enseignements, ils mobilisent moins le discours psychologique au quotidien, notamment pour expliquer les comportements et résultats des jeunes. Certains d'entre eux nous confient avoir voulu travailler dans la structure pour des raisons géographiques et non de par un intérêt particulier pour son fonctionnement et ses objectifs. En effet, le recrutement s'effectuant sur profil, ils ont pu accéder à un poste à Villerose sans avoir à passer par les demandes de mutations, très longues à obtenir sur ce territoire. Certains enseignants se montrent plutôt critiques vis-à-vis des précautions prises par certains collègues, ou explications psychologiques données au comportement

de certains jeunes.

« Moi je suis quelqu'un de plutôt direct et je trouve — c'est sur mes collègues mais je pense — qu'il y a certains qui prennent trop de gants. C'est-à-dire que le handicap psychique, c'est quelque chose, on reste une cellule scolaire et si on ne rentre pas dans les cadres et dans la norme, à part... Moi, je sais aménager : je sais prendre des élèves en cours de route et les reprendre après. Par exemple il y a une élève qui est arrivée en Terminale STMG suite à la première classe d'immersion de septembre, donc, forcément qui n'a pas fait la période de septembre à décembre, je la prends en plus et puis sur mon temps personnel. Moi, je m'en fiche, je peux donner de mon temps. Le truc, c'est aussi dans une dynamique où l'élève rentre dans un parcours et l'objectif de la classe d'immersion, c'est en ça que parfois on a des divergences entre nous, c'est que c'est une volonté de l'élève de se re-scolariser, de rentrer dans un projet scolaire. Il a une pathologie psychiatrique ou psychologique qui est avérée parce que sinon, il ne serait pas là et le but, c'est de composer avec ça, en fait. Mais si à un moment... Souvent les élèves, ils arrivent, c'est en classe de Seconde que ça décroche. Donc, ils reprennent en Première, donc souvent la classe de Première, on met en place des adaptations, on essaye de trouver des choses, mais quand ils arrivent en Terminale, normalement, ils sont prêts, il y a quelque chose qui s'est fait. Il y a un déclic qui s'est fait et ils sont là, ils sont présents, mais il y a des moments de mou, forcément, mais ils sont dedans et ils y vont.

Et je pense que c'est aussi notre rôle de leur dire : « Bon, maintenant, faut que tu arrêtes de te plaindre, faut savoir ce que tu veux et t'y vas ! ». On ne peut pas le dire comme ça mais, quand on suit des élèves tous les jours, qu'on a des contacts avec eux au moins une fois par semaine en référence, qu'on les voit qu'on les suit, qu'on est là, à côté d'eux, si à un moment on ne peut pas leur dire ça, c'est qu'on a raté quelque chose. » (Enseignante, service de scolarité de la clinique)

Ce profil d'enseignant est plus distant avec la classe d'immersion et sa première partie de travail sur l'estime de soi. Ils prennent en compte la situation de santé des jeunes mais adoptent une grille de lecture des comportements et résultats plus au prisme de leurs compétences scolaires que de leur état de santé. Ces positionnements et questionnements sont particulièrement visibles dans les échanges sur le choix d'orientation scolaire des jeunes.

C'est au cours d'une réunion de fin d'année sur l'orientation des jeunes que nous avons pu observer l'impact de ces deux profils d'enseignants sur le parcours des jeunes. La question qui se pose souvent est d'accepter ou non le souhait d'orientation d'un jeune dans une filière, lorsque que pour les enseignants, le niveau est estimé insuffisant. Mais un refus de la filière souhaitée, c'est pour certains jeunes reproduire ce qu'ils ont vécu en milieu ordinaire et qui a été vécu avec violence. C'est le cas par exemple pour Gaétan.

⇒ Gaétan a 17 ans. Son père est ouvrier, sa mère est employée. Gaétan a fréquenté presque deux collèges et trois lycées de sa ville. S'il aspirait à suivre des études générales, il a toujours été réorienté vers des filières professionnelles contre son souhait, du fait de ses résultats scolaires. Cette scolarité est source de souffrance pour Gaétan qui a été déscolarisé pendant presque deux ans avant d'entrer dans le service de scolarité de la clinique. A la fin de

la classe projets, Gaétan souhaite aller en première L dans la même structure et envisage ensuite d'aller à l'université pour faire une licence d'histoire, voir un master, par intérêt par la discipline, sans projet professionnel spécifique. Ses enseignants lui conseillent d'aller dans une filière professionnelle mais Gaétan dit ne pas en avoir envie du tout, suite à ses mauvaises expériences passées.

L'équipe enseignante discute de l'orientation de Gaétan, car elle appréhende tant l'impact d'un échec en filière littéraire que celui d'un refus supplémentaire dans son parcours d'orientation dans cette filière générale. A la fin de l'année, au moment de l'entretien, il est autorisé à s'inscrire en filière littéraire, avec des appréhensions de la part des enseignants. D'une part ils craignent pour la santé psychique de Gaétan en cas d'échec scolaire. D'autre part, les enseignants de la filière choisie, dans ce genre de situations déplorent d'avoir des élèves n'ayant pas les bases suffisantes pour avancer au même rythme que les autres en classe, ou trop en difficulté pour comprendre la discipline.

« On ne peut pas mettre le jeune dans une filière qu'il n'a pas du tout souhaitée. Donc parfois le choix qui est fait, et à je pense aussi à Lola, c'est de placer le jeune dans une filière où il bénéficiera d'un enseignement. Mais en sachant que c'est...enfin pour Lola c'était mon choix, c'est pas forcément celui de l'administration et des autres collègues mais moi je pensais qu'elle aurait été bien dans une filière littéraire, même si manifestement elle avait pas fait la démonstration de ses compétences. Mais je pense quand même que ça lui aurait été profitable. Mais l'idée c'est quand même que les études aident le jeune à aller mieux. Alors pour aider vraiment le jeune à aller mieux, il faut quand même qu'il soit en réussite, qu'il obtienne au moins un diplôme ou qu'il soit pas en échec au bac, mais vous voyez c'est un peu délicat quand même ! On ne peut pas non plus le mettre dans une filière...c'est là-dessus, l'orientation, qu'on a le plus de discussions et de désaccords. C'est difficile. Et des fois on se retrouve en classe avec des élèves qui sont complètement perdus, parce que c'est trop dur pour eux ! Nous on prépare quand même le bac ! Mais en même temps c'est quand même bien qu'ils soient là parce que [rire] ils apprennent des choses, ça les intéresse un peu, ils sont socialisés. Mais quand ils vont passer le bac qu'est-ce qu'il va se passer ? C'est ça ! Il ne faut pas que ça les renvoient non plus à... c'est difficile franchement et c'est la discussion qu'on a tout le temps, à chaque fois qu'on est pas d'accord... » (Enseignante du service de scolarité de la clinique)

Selon le profil des enseignants, ils trancheront plus facilement pour une orientation dans la filière souhaitée par le jeune ou non. Dans les situations que nous avons observées, la stratégie parfois utilisée est d'accepter le souhait d'orientation du jeune, pour qu'il se « confronte à la réalité », en prévoyant d'induire ensuite progressivement l'idée d'une réorientation si leurs craintes se confirment. L'enseignant référent semble alors jouer un rôle important dans cette négociation avec le jeune.

Ces questionnements des enseignants portent sur l'orientation des élèves au sein du service scolaire, mais également sur l'impact au long cours de leurs pratiques.

« Il y a aussi des cas où — dans le cas des élèves qui sont atteints de « psychose » avec tous

les guillemets qu'on peut utiliser parce qu'on parle de tableau, de symptômes, mais ce n'est jamais très, très précis — des gens qui entendent des voix, ceux qui n'ont pas un traitement stabilisé, qui peuvent être potentiellement agressifs ou qui se mettent en danger eux-mêmes par des addictions fortes etc. c'est incompatible avec un suivi d'études supérieures et pour autant, c'est des gens qui ont été acceptés dans des séries ou dans des filières qui débouchent sur des examens et théoriquement sur une poursuite d'études et ça, c'est problématique aussi. C'est-à-dire qu'on est toujours à se demander si on ne leurre pas les élèves en accédant à leur demande. »
(Enseignante du service de scolarité de la clinique)

Plusieurs enseignants s'interrogent sur le parcours du jeune à sa sortie de la structure. Certains craignent également, « l'effet cocon » du service de scolarité. En effet, s'il est possible d'avoir de très nombreuses adaptations dans la structure et d'être accompagné par des professionnels aux faits des difficultés du jeune, il n'en sera pas de même à la sortie de la clinique. C'est notamment dans ce cadre qu'un service de suivi des étudiants s'est monté au sein de la clinique. Ils accompagnent d'anciens élèves du service qui poursuivent leurs études supérieures. Nous avons rencontré des étudiants via ce dispositif. L'un d'entre eux étaye les propos des enseignants sur l'effet protecteur sur du court terme du service de scolarité de la clinique.

« J'ai lentement pris confiance en moi et même si aujourd'hui c'est encore un peu délicat, ces choses vont un peu... les choses vont un peu mieux. Mais l'ennui, c'est que si j'ai réglé beaucoup de mes problèmes d'un point de vue de ma scolarité, le service de scolarité de la clinique en fait a eu le... comment le dire, vraiment un effet de cocon en fait. C'est pour vous dire, c'est... c'est-à-dire qu'en fait, je venais ici du coup en VSL la majorité du temps. Enfin, pendant un temps c'est mes parents qui m'emmenaient, puis ça a été le VSL. Je... pour moi en fait, je vivais entre ici et le service de scolarité de la clinique et nulle part ailleurs. C'était... limite, c'était deux maisons pour moi. Enfin, c'est une façon de parler, mais ... chez moi, je sortais pas, je sortais plus dans ma ville, j'avais pas envie de me promener et de croiser des gens du collège que je connaissais... pour moi, c'était particulièrement anxieux. J'avais pas envie de sortir à Villerose puisque j'aimais pas les grandes rues, j'aimais pas la foule, j'aimais pas les... enfin, pour moi c'était des choses qui étaient source de très grandes angoisses. Donc, j'ai lentement ... même s'il y avait des gens avec qui ici j'arrivais à aller bien, je développais une vraie phobie sociale, j'arrivais pas du tout à... j'avais une vraie peur du monde dehors en fait. J'avais... pour moi, la rue, c'était... la rue, la foule... oui, une bonne... dans d'autres choses, mais les endroits fermés particulièrement, où vous avez pas par exemple pas la possibilité de fuir, pour moi c'était... pour moi, c'est le comble de l'anxiété, le bus... pendant cinq ans, moi j'ai pas pu prendre de bus par exemple. Les cinémas, par exemple, ce genre de choses, enfin, c'était quelque chose pour moi qui était particulièrement anxieux, qui est... Et l'ennui, c'est quand... en arrivant à la fin de mon bac, j'avais rien réglé de tout ça. J'avais un niveau scolaire plus que suffisant, j'étais... j'avais toutes les compétences pour réussir la fac ou même... bon, ou n'importe où ailleurs hein. Mais pour moi, par exemple, un amphithéâtre, c'était... c'est particulièrement un anxieux, une, une salle de cours avec 30 ou 40 personnes que je peux pas connaître, un prof que... les profs qui n'ont aucun... enfin, dans un milieu totalement différent, enfin, vous voyez ce que je veux dire quoi. Ce que je veux dire, c'est que ça a réglé une partie de mes problèmes ici, mais j'en ai... ça en a créé d'autres en fait. Et c'est pour ça que du coup, Madame C m'a naturellement orienté vers le dispositif étudiant, qui a...

enfin, qui ont accepté de m'aider pour le début de mes études. » (Antoine, 20 ans)

Dans cette structure, les professionnels sont confrontés à de nombreuses questions sur la pratique de leur métier. Ces postures que nous venons de décrire sont également porteuses de différentes représentations du sens de la scolarité, mais aussi de la période du passage à l'âge adulte, entre d'une part l'enjeu d'obtenir son diplôme, d'être dans la norme, ce qui correspond au modèle du passage à l'âge adulte du placement (Van de Velde, 2008) et d'autre part l'enjeu de l'estime de soi, de la quête de soi, qui correspond au modèle du passage à l'âge adulte « se trouver », selon la typologie de Cécile Van de Velde (Van de Velde, 2008)¹²⁰.

2.3 La réception du dispositif par les jeunes

2.3.1 Responsabilité et troubles psychiques

Au cours de la jeunesse, de nombreux seuils sociaux sont passés. Mais ce qui caractérise le plus le fait de devenir adulte, c'est le sentiment d'autonomie et de responsabilité ¹²¹(Van de Velde). Les troubles psychiques ajoutent une dimension complexe à la question de la responsabilité des jeunes que nous avons rencontrés. Nous avons déjà évoqué le poids très fort du social dans la qualification de comportements comme relevant de troubles psychiques. Cette évaluation des comportements se poursuit bien après la première phase de qualification des troubles. Pour les jeunes que nous avons rencontrés, cette problématique se révèle fortement autour de la question des absences des jeunes : les absences sont-elles dues à des raisons psychiques ou non ? Et qu'elle qu'en soit la raison, comment se comporter face à ces absences ? Faut-il être plus stricte ou au contraire plus souple, dans une optique de maintenir la scolarité, mais sans nuire à la santé, posé comme enjeu premier ? Si cette interrogation est présente chez les professionnels (et ils sont amenés à trancher différemment en fonction de leur profil, comme nous l'avons vu dans le point précédent), elle l'est également chez les jeunes. De manière générale, la souplesse vis-à-vis des absences est une posture défendue par l'établissement, afin de ne pas être source de pression ou d'angoisse pour les élèves. De plus, « la santé prime sur les études », principe fort du dispositif, amène à accepter de nombreuses absences, sans pour autant demander de certificat médical.

Cette posture semble apaiser de nombreux jeunes, qui grâce à cette souplesse réussissent à poursuivre leurs études. Mais cette forme de reconnaissance n'opère pas pour tous les jeunes. Lola,

¹²⁰ Nous reviendrons sur la question des représentations de la jeunesse et de ses épreuves dans le dernier chapitre de la thèse.

¹²¹ Cf Chapitre 1

que nous avons rencontrée alors qu'elle était élève dans le dispositif, décrit le sentiment de culpabilité découlant de sa fréquentation aléatoire du dispositif, exacerbé par la gentillesse dont font part les enseignants avec elle.

« Et le système d'avoir une référente ?

Alors du coup ça marche, enfin ça marchait bien mais là ça fait une semaine que je l'ai pas vue du coup il serait peut-être temps que je reprenne un rendez-vous d'ailleurs à la limite. Je vais peut-être me faire grave engueuler, on verra !

C'est déjà arrivé ?

Je sais pas trop, nooon mais c'est, en plus c'est affreux parce que c'est même pas me faire vraiment engueuler, parce que si c'était me faire engueuler bon ça serait mérité mais en plus là c'est dit gentiment et du coup ça m'énerve parce que on est censé me dire « oh ça le fait pas là ! » et là c'est « t'inquiète pas, bon on va reprendre les choses bien » et je suis là « ouais mais bon je fais pas bien les choses ça sert à rien » et du coup voilà, je sais pas.

Tu aurais envie qu'on te dise les choses autrement ?

Je ne sais pas. Non en fait non c'est très bien comme ça, c'est juste moi qui arrive pas à m'en satisfaire mais bon. C'est un travail sur moi. » (Lola, 18 ans).

C'est également le cas pour Marin, qui s'interroge sur l'efficacité pour lui de ce fonctionnement souple. Après plusieurs années dans le service, Marin a arrêté sa scolarité sans passer toutes ses épreuves de Baccalauréat.

« [En parlant de l'organisation souple vis-à-vis des absences, du service de scolarité de la clinique] Après, je pense que c'était une bonne chose, aussi, mais c'est vrai que je ne sais pas comment, à ce moment-là, moi, je me serais comporté dans un...dans une... je ne sais pas, dans une école militaire, par exemple, si on parle de rigidité, là, pour le coup...

Je ne sais pas du tout comment je me serais comporté, par rapport au service de scolarité de la clinique. Peut-être que pour le coup, je n'aurais pas passé quatre ans là-bas, mais deux jours et que je n'aurais pas arrêté immédiatement. Maintenant, c'est vrai que je me suis dit plusieurs fois qu'un cadre avec plus de rigidité, moins de liberté, donc plus de « responsabilisation », entre guillemets, ça aurait pu être bénéfique pour moi. » (Marin, 24 ans)

Cette problématique de la « responsabilisation » nous paraît intéressante à explorer. Pierre Nocerino, interroge la « production sociale de l'autonomie en EPHAD » sous l'angle du « transfert de responsabilité ». Il reprend la définition de la responsabilité de Paul Fauconnet : « La responsabilité est la qualité de ceux qui doivent, l'irresponsabilité la qualité de ceux qui ne doivent pas, en vertu d'une règle, être choisis comme sujets passifs d'une sanction. La responsabilité naît en dehors du sujet responsable. Elle vient sur lui parce qu'il se trouve engagé dans des circonstances qui l'engendrent ». Pierre Nocerino analyse les transferts de responsabilité entre acteurs de l'EPHAD pour comprendre la construction sociale de l'autonomie. « L'attention porte ainsi sur les (micro-)épreuves au cours

desquelles les différents acteurs (les résidents, leurs proches, les membres du personnel) participent à la (re)définition de la responsabilité de chacun. Ainsi, l'« autonomie » peut être comprise comme la possibilité d'intervenir avec succès dans les transferts de responsabilité. Cette approche permet alors l'explication des inégalités d'« autonomie » entre les acteurs. En effet, les hiérarchies internes à l'institution résultent non pas tant des capacités intrinsèques aux individus, mais de statuts négociés en situation. Cette explication des asymétries entre les acteurs incite alors à une critique interne à l'égard des dispositifs qui ne permettent pas d'honorer le « projet d'autonomisation » des résidents, à savoir une volonté de transfert maximal de la responsabilité vers les résidents (en opposition au modèle de l'institution totale, qui peut se comprendre comme une volonté de capter au maximum la responsabilité des résidents). » (Mazé, Nocerino, 2017, p1)

Dans le cas du service de scolarité de la clinique, il nous paraît intéressant d'analyser la perception de ce cadre avec cette approche en termes de transfert de responsabilité. Sur la question de la présence en cours, la structure défend une approche souple pour s'adapter aux spécificités des troubles psychiques : il est parfois difficile pour les jeunes de se rendre en cours lorsqu'ils se sentent mal. Ils doivent dans ce cas en informer l'établissement (beaucoup d'entre eux par exemple, échangent par SMS avec le CPE). Une absence de cours n'est pas sanctionnée de la même manière que dans un établissement classique. Mais ce fonctionnement se traduit pour certains jeunes par un sentiment de transfert de responsabilité. C'est ce qu'exprime Lola qui s'attend à des remontrances pour ses absences. C'est également en ce sens que l'on peut comprendre les propos de Marin qui s'interroge sur l'impact qu'aurait eu sur lui un cadre contraignant comme celui d'une école militaire. Puisque le service de la clinique ne le contraint pas, c'est lui qui a la responsabilité de venir. Si la responsabilité est également présente dans une école militaire, la sanction apparaît comme beaucoup plus immédiate.

Pourtant, la volonté de la structure est inverse : si elle est plus souple sur l'assiduité, c'est parce qu'elle considère que les jeunes ne sont pas toujours « responsables » de leurs absences. Elle veut prendre en compte l'incapacité des jeunes à venir, du fait des troubles psychiques, et non d'une « mauvaise volonté ». Mais la frontière dans la perception de cette responsabilité est variable selon les acteurs et dans le temps. Si le jeune n'est pas jugé responsable de ses absences, une forme de sanction est paradoxalement opérée : lorsqu'un jeune est « trop souvent » absent, l'équipe enseignante peut mettre en doute le maintien de ce jeune dans le service du fait de sa santé qui apparaît alors comme un frein à la scolarisation. Ce mécanisme est l'aboutissement d'un processus d'irresponsabilisation du fait d'un diagnostic médical (Mazé, Nocerino, 2017) ou pour le dire autrement, de dépossession de soi (Weber, 2012). C'est ainsi que l'équipe éducative préconise à la fin de l'année scolaire, que Lola s'inscrive dans une autre structure que la leur à la rentrée, plus tournée

vers le soin. Pour d'autres jeunes, leurs absences vont être jugées sous l'angle de la volonté et non de la maladie. Ils peuvent alors également être sanctionnés : par un rappel à l'ordre, une impossibilité de réinscription ou encore parce que l'établissement les laisse partir.

L'équipe valorise également le fait de prévenir la structure en cas d'absence. Cette conduite semble atténuer le risque de non réinscription dans le service, et apparaît alors comme un outil de négociation du statut de jeune autonome.

« Les absences c'est pareil hein, elles sont gérées différemment ici. C'est généralement aussi un fort absentéisme quand même les élèves ici, que ce soit pour maladie ou pour décrochage scolaire. Donc du coup, il faut être un peu différent dans la façon d'amener les absences. Généralement, c'est dur pour eux de dire qu'ils ont été absents. Certains se sentent coupables d'être absent ou autres, donc c'est plus difficile. On a mis en place donc les SMS et les SMS ça fonctionne bien parce qu'il n'y a pas la parole. Des fois, j'en avais au téléphone qui sont là, ils osent pas dire ce qui s'est passé ou autre. Donc ils vont pas répondre, ça va être téléphone coupé, etc. Pour avoir un lien avec les élèves, c'est important. Mais chaque lien avec chaque élève qu'il y a ici, heureusement qu'il n'y en a pas 2 000, parce que c'est vraiment au cas par cas. Donc c'est important de voir qu'un élève qui a un retard lié à sa pathologie, qui a pu avoir des retards, il y en a certains ils ne peuvent pas rentrer dans la salle, tant qu'ils n'ont pas fait certains rituels ou que toute la classe est installée et tout ça. Cet élève, on ne va pas le juger comme un autre qui arrive toujours en retard, qu'on sait que c'est des retards pour autre chose et au fur et à mesure, le fait de connaître les élèves, donc le fait d'avoir une petite structure finalement, eh bah ça permet de gérer au cas par cas les absences. Dans la classe d'immersion, c'est différent. La classe d'immersion, entre guillemets, je ne leur mets pas la pression. » (CPE, service de scolarité de la clinique)

Cette prise en compte des troubles psychiques dans le traitement scolaire, étudié là avec l'exemple des absences, peut repousser certains jeunes. C'est le cas par exemple pour Elise.

⇒ Elise fait de nombreuses tentatives de suicide depuis ses 12 ans et explique qu'elle n'arrive pas à se sentir bien en présence des autres, et donc à l'école, cependant, c'est aussi l'impossibilité d'être scolarisée en milieu ordinaire qui la fait souffrir. Tout au long de son parcours, elle tient à poursuivre sa scolarité en milieu ordinaire, organisant même seule des changements d'établissement en allant rencontrer des proviseurs. Du fait de sa situation, elle est orientée vers le service de scolarité de la clinique mais n'y reste pas. *“Parce qu'il n'y avait pas assez de monde, déjà. On était deux dans la classe ! C'est un peu pesant à la longue et les profs sont trop en mode : « vous êtes malade, ce n'est pas grave si vous n'y arrivez pas ».* Ils ne nous bougent pas trop et, du coup, ça, ça ne m'a pas plu.” (Elise 17 ans).

Plus globalement, Elise ne supporte pas les effets négatifs du confinement prolongé avec des “gens à problèmes”, ce qu'elle vit notamment durant les hospitalisations. Cette volonté de continuer à vivre une vie normale, s'accompagne d'un désir de cacher les signes extérieurs de maladie. Elle peut être lue comme un déni de l'identité stigmatisée qui passe aussi par le rejet de la fréquentation des autres

individus partageant la même condition et par une difficulté à s'adresser aux services qui leur sont dédiés (Goffman, 1975).

“On ne va pas bien et on se retrouve enfermée avec des gens qui sont exactement comme nous. Du coup, ça ne nous tire pas vraiment vers le haut, je trouve. Moi-même, je suis retournée à l'hôpital, l'année dernière, en avril, et du coup, il y a des gens qui sont venus me parler et la première question qu'ils me posent, c'est : « pourquoi t'es là ? » Ils parlent tout le temps de leur maladie, en fait. C'est vraiment... on reste focalisé sur nos problèmes. Et ça, je trouve que ce n'est pas très aidant. Moi, ça m'a plus tirée vers le bas que vers le haut. On est entre gens à problèmes.” (Elise, 17 ans).

Ce qui alimente sa volonté de rester scolarisée en établissement classique, c'est le besoin de rester comme tout le monde malgré le poids quotidien de ses troubles et les moments de retrait de la vie sociale qu'ils lui imposent et de ne pas renoncer à l'avenir qu'elle s'était imaginé. Ainsi, dans le cas d'Elise, le rétablissement de l'estime de soi ne semble pas pouvoir passer par ce dispositif spécifique car il opère un étiquetage qui la place en dehors des objectifs qu'elle s'est fixée (obtenir son diplôme « par la voie royale »).

“Surtout, à être stabilisée, en fait. Pour que je puisse reprendre mes études. Parce que ce qui me dérange aussi, c'est que j'avais à peine commencé ma scolarité avant de...”

Là, je ne vais pas avoir mon Bac, alors que je voulais faire de longues études, par la voie royale...” (Elise, 17 ans).

Ce traitement spécifique, le fait de se retrouver entre élèves avec des problèmes de santé, est reçu différemment selon les jeunes. Maeva y trouve au contraire d'Elise une forme de reconnaissance sociale, née de l'expérience commune des troubles et de leur prise en compte par les enseignants.

Le travail mené sur l'estime de soi peut également être lu en termes de reconnaissance sociale (Honneth, 1992). Les propos de Maeva sont un bon exemple de cette forme de reconnaissance par ses pairs et les enseignants de l'établissement.

« Donc après je sais que j'ai commencé à aller mieux bah une fois que j'ai été internée. Et le gros déclic ça a été de venir au service de scolarité de la clinique. Parce que déjà ça m'a permis de me resocialiser parce que j'avais, enfin à l'hôpital y avait personne qui m'attendait à l'extérieur. Donc c'était quelque chose de compliqué, enfin je veux dire pourquoi guérir, pour qui ? Quand on est en dépression le soi-même on s'en fiche. Donc y avait vraiment personne à l'extérieur donc fallait que je guérisse mais je savais pas pourquoi. Et au final quand je suis arrivée ici on m'a dit mais si tu as les capacités, tu peux réussir, tu peux faire quelque chose de ta vie, enfin on m'a dit des choses que jamais on m'avait dit dans ma vie. Et du coup en fait ça m'a redonné vachement de confiance en moi et là ça a été vraiment le gros déclic. » (Maeva, 18 ans)

2.3.2 Entre confiance et compliance

Le terme de confiance revient fréquemment dans les discours des professionnels non seulement pour parler de l'estime de soi des jeunes mais aussi pour qualifier les relations entre acteurs de la structure. L'enjeu pour rétablir l'estime de soi et raccrocher au scolaire est de développer un lien de confiance entre les professionnels scolaires, les jeunes et leurs parents.

Les parents sont tenus à distance du service, et sont invités à « faire confiance » au dispositif pour aider les jeunes à reprendre leur scolarité. Par exemple, si les jeunes ne connaissent pas leur programme d'une semaine sur l'autre, ni la date et la destination du voyage organisé pour eux, les parents ne savent pas non plus où leur enfant va partir.

Lors de la réunion d'information pour la rentrée de la classe projet [réunion à laquelle j'ai pu être observatrice et présentée aux parents], l'équipe enseignante présente le fonctionnement de la classe, les réussites liées à cette classe : plus de 90% des jeunes reprennent une scolarité et dans les 10% restant certains arrêtent pour raison de santé et reprennent une scolarité après ici ou ailleurs. Leur posture pédagogique est également présentée : ils utilisent le concept d'enseignant ignorant, c'est-à-dire que les jeunes peuvent également apprendre aux professeurs. L'enseignant est un allié pour le jeune, comme pour l'alliance thérapeutique entre le malade et le soignant. L'équipe du service indique aux parents qu'ils en sauront peu, car il est important que le travail se réalise entre l'équipe et le jeune. Ainsi, les parents ne connaîtront pas la destination du voyage organisé pour leur enfant. Ils sont informés de la date mais uniquement pour ne pas qu'ils prévoient d'autres rendez-vous par hasard à la même date et soient obligés de les annuler (ce qui est arrivé auparavant lorsque les parents n'avaient pas non plus connaissance de la date). Un parent demande : « c'est quoi l'approche de ne pas le dire aux parents ? » et un autre parent répond à la place de l'équipe du service : « Bah moi si je savais je le dirais à mon fils ». Il n'y a pas plus de questions sur l'intérêt de ne pas le dire aux jeunes. Ces échanges se déroulent sans qu'il y ait beaucoup de questions de la part des parents. Un couple demande s'ils peuvent poser des questions le soir à leur enfant, sur ce qu'il s'est passé dans la journée. On leur conseille de ne pas insister pour savoir.

Journal de terrain, Réunion d'information sur la classe d'immersion pour les parents

Cette organisation de la première partie de la classe d'immersion implique que le jeune et ses parents se laissent guider par le service et ses professionnels. L'équipe enseignante présente l'intérêt du « secret » autour du voyage de la façon suivante « *l'événement, ne pas savoir pour accepter de ne pas tout contrôler* ». D'autres activités sont également mises en place dans l'objectif de travailler sur le « lâcher-prise », comme par exemple du théâtre d'improvisation. Lorsque les jeunes posent trop de questions sur cet événement ou disent qu'ils ne partiront pas, certains enseignants disent d'eux qu'ils « n'adhèrent pas au dispositif ». Cela peut mettre en jeu la poursuite de la scolarité du jeune dans le service. C'est le cas notamment pour Gabriel, élève de la classe que nous avons suivi.

Vendredi après-midi, bilan de la semaine : Gabriel pose des questions sur la classe

d'immersion et les enseignants. Il demande par exemple « Vous êtes enseignant en quoi ? », « Pourquoi vous travaillez ici ? », « Pourquoi les encadrantes de lundi et mardi étaient nouvelles ? » (Des enseignantes qui n'avaient pas été présentées en début de dispositif), « est ce que l'on peut changer d'enseignant référent ? », « Pourquoi on n'a pas tous un objectif à la fin de la semaine avec son référent ? ».

La semaine suivante, j'assiste à un échange entre les enseignants de la classe, qui parlent de Gabriel. J'apprends que Gabriel a failli ne pas être retenu pour la classe d'immersion (j'en aurai le récit plus tard par Gabriel au cours d'un entretien) : « c'est celui qui montre le moins d'adhésion au dispositif ».

Journal de terrain

Rappelons que Gabriel a passé trois entretiens pour entrer dans la structure¹²². S'il est finalement sélectionné pour entrer dans la classe, il fait l'objet d'une attention particulière. Volontairement, l'enseignante qui devient sa référente est d'ailleurs celle qui a le plus d'expérience des classes d'immersion, comme si son accompagnement s'annonçait difficile. C'est cette situation qui nous a amené à voir comment la question de la confiance peut se transformer en demande de compliance des jeunes aux règles de l'institution.

Le fonctionnement du service est très codifié. Certains comportements sont acceptés du fait des troubles psychiques des jeunes. Mais le service reste un cadre scolaire, qui plus est dans une clinique privée, ce qui implique la mise en place de règles à respecter pour les jeunes. Ces derniers doivent effectuer un travail d'appropriation de ce flottement entre règles et permissions, exercice auquel nous avons-nous même été confrontée d'une certaine manière.

A la fin du deuxième cours, Mme Z [enseignante] reprends Gabriel : elle lui demande pourquoi il buvait en classe. Il lui répond que c'est parce qu'il avait mal à la gorge et s'excuse rapidement. Je range vite ma bouteille d'eau que j'avais posé plus tôt sur la table après avoir bu et cela fait rire Julie qui a vu toute la scène.

(Journal de terrain)

Lorsque Gabriel boit de l'eau pendant un cours et qu'il en est réprimandé, pour se sortir des remontrances de l'enseignante, il joue avec les codes de l'établissement et donne une raison médicale à son effraction de la règle.

« Dans le cadre, les jeunes ont toute la latitude pour construire leur projet » (Propos de la direction du service scolarité au cours de la réunion d'information aux parents)

(Journal de terrain)

Il s'agit pour les jeunes de comprendre quel est ce cadre et cette latitude de négociation qu'ils

¹²² Voir l'extrait d'entretien dans la première partie du chapitre, point 1.3, sur le processus de sélection des jeunes qui peuvent entrer dans le service de scolarité de la clinique.

peuvent avoir ensuite. Nous avons pu observer au quotidien comment se déroulent ces micros négociations des règles et du cadre, et l'oscillation permanente entre raisonnement scolaire et raisonnement psychologique ou médical.

Ce fonctionnement nécessite un travail d'appropriation de la part des jeunes, car en cas d'importante transgression, c'est leur inscription dans le service qui est en jeu. Ainsi, une des jeunes de la classe-projet a quitté le dispositif avant la fin des 14 semaines, du fait de son comportement, notamment durant « l'événement ». Durant le voyage, Julie s'est montrée particulièrement réfractaire selon les enseignants. Elle ne dort pas la nuit, reste dehors à fumer et leur répond par la négative lorsqu'ils lui demandent d'aller dormir. Chaque jour, les enseignants font un bilan au directeur du déroulement du séjour. Au retour de voyage, Julie s'absentera fréquemment des cours pour aller échanger avec les infirmières du service de psychiatrie, comme elle est autorisée à le faire si elle se sent mal. Le comportement de Julie fait l'objet de discussions entre les enseignants. Peu de temps après l'événement, Julie sera convoquée pour un échange avec le directeur. Selon Julie, il lui a été indiqué lors de cet entretien qu'elle ne pourrait pas poursuivre sa scolarité dans le service, du fait de son comportement. Julie ne comprend pas cette décision et en est très déçue.

La période du voyage semble porteuse de nombreux enjeux pour les professionnels et les jeunes. Des enseignants nous disent appréhender ce voyage, où ils ont la responsabilité de jeunes en souffrance, qui ont parfois des comportements qu'ils jugent à risque, et ce de jour comme de nuit. L'exigence en termes de conformité aux règles du groupe y est décuplée par cette perception du risque importante. Dans le cas de Julie, son comportement est expliqué non pas par la dimension psychique mais par un comportement rebelle.

Mais ce voyage est également jugé positivement par une partie des enseignants et des jeunes : que ce soit parce qu'ils ont passé d'agréables moments ou parce qu'ils ont créé des liens plus forts au sein du groupe, développé une plus grande confiance dans leurs capacités. C'est le cas notamment lorsque, majoritairement, le transfert de responsabilité se passe sans malentendu et lorsque les acteurs répondent respectivement aux attentes des uns et des autres. Le voyage apparaît comme un vecteur de confiance en soi et envers les autres.

« Bah je trouve que ce qui m'a le plus aidée, c'est bizarre mais c'est peut-être le voyage en fait, mais je veux dire pas au niveau scolarité mais au niveau personnel quoi, vis-à-vis de moi. Parce que j'ai réussi à gérer pas mal de crises d'angoisse, à vivre en communauté entre guillemet, parce que je veux dire ça c'est quelque chose qu'était vraiment pas possible. Enfin j'ai fait pas mal d'efforts sur plusieurs choses et du coup même ça m'a renforcée parce que du coup quand je suis arrivée en classe-projets j'avais, enfin je veux dire je me scarifiais toujours, je faisais toujours des tentatives de suicide, j'avais envie de la mort, c'était même pas, c'était même pas ouais que je voulais mourir c'est que j'en avais envie. C'était...ouais c'était vraiment une envie.

Alors qu'au jour d'aujourd'hui tout ça me dégoutte plus qu'autre chose c'est...donc ça m'a beaucoup, ouais ça m'a vraiment beaucoup apporté en fait. » (Maeva, 17 ans)

C'est également un moyen de renforcer les relations au sein du groupe et de préparer la suite de la scolarité.

« Et tu vois un changement par rapport à l'avant et à l'après voyage ?

Alors quand tu les entends tous ils te disent quand même que ça leur a fait beaucoup de bien. Beaucoup murir, réfléchir. Ouais c'est vrai. Notamment Jade tu vois par exemple, qui a eu une crise de larme juste quand on est parti. Et en fait qui a énormément de mal à communiquer avec d'autres. C'est vrai que là à la fin elle parlait avec tout le monde. » (Enseignante service de scolarité de la clinique)

« c'était très sympa, c'était très amusant, enfin c'était... c'était absolument pas un voyage scolaire en tout cas, c'était pas... si... si... si... enfin, je... je sais pas si quelqu'un... si on vous a dit que l'évènement, puisque c'est comme ça que ça s'appelle, c'était un voyage qui a quoi que ce soit à avoir avec le thème qu'on étudie ou quoi que ce soit, on vous ment, c'est... ça, c'est purement pour... c'est pour encore... enfin, je pense que c'est pour continuer à créer du lien entre les... entre les... entre les élèves, les... et vivre notre... enfin, avant qu'on reprenne la seconde et tout ça. » (Antoine, 20 ans, élève du service étudiant de la clinique)

« Tu penses que ça t'a apporté ce voyage ?

Oui. Ça a été une sorte de concrétisation de la confiance et de l'entente avec les autres, qu'on faisait pendant l'après-midi de cours. Là vraiment c'était pendant une semaine et ouais c'était un peu la concrétisation je pense. » (Camille, 18 ans)

La classe d'immersion est un dispositif qui réunit dix jeunes pour les accompagner de façon très individualisée dans leur scolarité. L'idée est de créer un groupe soudé, au sein duquel les individualités pourront se développer vers les objectifs fixés (estime de soi, confiance envers les autres et reprise de la scolarité).

La composition des groupes est présentée par la direction comme très souvent harmonieuse, et ce du fait « *de hasards heureux* ». Cette harmonie est nécessaire pour que les jeunes reprennent confiance en leurs pairs. La relation entre jeunes est en effet bien souvent problématique avant l'entrée dans l'établissement. Ils sont nombreux à raconter qu'ils se sentent « différent », qu'ils trouvent leurs pairs « immatures », ou encore à avoir été harcelés dans leur établissement scolaire. Les propos d'Emeline synthétisent bien ce récit des relations avec les pairs.

« Est-ce que vous pourriez nous raconter à quel moment ça a commencé pour vous ?

Alors, c'est ça toute la complexité, je n'ai jamais, depuis que je suis petite, je n'ai jamais été intégrée du tout. D'aussi loin que je me souviens, déjà à la maternelle, j'étais dans mon coin.

J'étais une enfant qui travaillait bien, les professeurs mettaient toujours en commentaire « bonne élève », mais par contre « dans son coin ». Donc je n'arrivais pas à interagir avec les autres enfants, c'est très bizarre à dire mais c'était comme être une adulte dans une cour de récréation, donc je n'avais pas les mêmes préoccupations, je n'avais pas les mêmes jeux, les mêmes centres d'intérêt, donc je me retrouvais très souvent isolée, jusqu'au moment où j'ai fini par être confrontée au harcèlement scolaire, puisque, forcément, puisque je ne m'intégrais pas et que j'étais tout le temps seule, les élèves le prenaient un petit peu comme un rejet, donc en classe de cinquième, pendant un an, j'ai vécu du harcèlement scolaire, au début, ça commençait avec des brimades et puis après, on en est rapidement arrivés aux mains et donc ça a commencé à déclencher ma phobie scolaire » (Emeline, 28 ans)

Le processus de sélection des élèves du service joue selon nous pour beaucoup dans la relative harmonie des groupes, décrite par la direction. L'entrée dans le dispositif de jeunes au profil calme, studieux, dont il est perçu qu'ils seront compliants, limite la prise de risques pour les professionnels. Ce mécanisme est opéré dans certaines structures médico-sociales et nous émettons l'hypothèse que la même stratégie est adoptée lors de la sélection des jeunes de la classe projet.

Je discute avec un directeur d'établissement médico-social pour jeunes avec des troubles du comportement. Nous parlons du public accueilli et de la manière dont il peut être éprouvant pour les professionnels et l'institution en général d'accompagner des jeunes qui transgressent le cadre et les règles posées. Il me confie alors que ce critère rentre en compte dans la sélection des jeunes qui entrent dans l'établissement, puisqu'il y a une liste d'attente pour y entrer et donc un vivier de jeunes potentiellement accueillis. Cette stratégie est plus particulièrement utilisée lorsqu'il y a des tensions au sein des équipes. Le directeur essaie alors de ne pas faire entrer un jeune qui les mettra en difficulté et pourra exacerber les tensions, voir les protestations des professionnels envers la direction.

Journal de terrain, échange avec un directeur d'établissement médico-social pour jeunes

De la même manière, nous pensons que certains jeunes sont intégrés au service de scolarité de la clinique, car la direction perçoit chez eux une possible compliance aux règles de la structure. Pour le dire autrement, des jeunes au profil potentiellement rebelle peuvent être acceptés en classe-projets, mais d'autres au profil plus compliants seront également sélectionnés pour établir un équilibre dans le groupe.

Conclusion

Ce chapitre s'intéresse aux déterminants de la circulation de jeunes avec des troubles psychiques dans les dispositifs de scolarisation existant sur notre territoire de recherche. Certains jeunes se disent en souffrance psychique dès le collège ou le lycée, sans que cela n'ait d'impact sur leur maintien dans la scolarisation en milieu ordinaire. La scolarité peut être interrompue par des périodes de soin

(hospitalisation), mais reprend ensuite son cours. Ces jeunes sont minoritaires dans notre population d'enquête. Cela s'explique en grande partie par le biais de recrutement des jeunes par un dispositif de scolarité d'une clinique. Si notre enquête ne permet pas de quantifier l'impact des troubles psychiques sur la scolarité, elle met en revanche en lumière le fort risque d'écart à la norme scolaire pour certains jeunes avec des troubles qualifiés de psychiques.

Lorsque les troubles ont un impact sur les capacités scolaires (au sens non pas des résultats aux examens mais de possibilité de se rendre en cours), des solutions alternatives à la scolarisation sans aménagements ont été mobilisés pour une partie des jeunes. Ce recours à des dispositifs alternatifs est d'autant plus important quand le risque de déscolarisation apparaît avant 16ans, âge jusqu'auquel l'école est obligatoire. L'incitation à trouver des solutions peut alors émaner tant des jeunes, de leurs proches, que de professionnels de l'éducation nationale. L'inclusion scolaire des jeunes en situation de handicap et la lutte contre le « décrochage » scolaire sont deux thèmes à l'agenda des politiques publiques. Pourtant, le panorama d'offre de scolarisation, concernant les jeunes avec des troubles et un handicap psychique semble limité et cloisonné au secteur sanitaire.

Dans ce chapitre nous défendons l'idée selon laquelle l'offre de scolarisation dans le secteur médico-social est déterminante dans le faible recours au champ du handicap par des jeunes dont la scolarité est limitée par des troubles psychiques. En effet, les aménagements raisonnables de la scolarité proposés par le champ du handicap, ne correspondent pas aux spécificités des troubles psychiques. Si les dispositifs de scolarisation dans les milieux de vie des jeunes semblent être une première réponse mobilisée dans beaucoup de cas (ce de façon très importante pour le CNED), sur du long terme, cela ne semble pas fonctionner pour permettre aux jeunes de suivre une scolarité. Les dispositifs qui localement semblent cibler cette population de jeunes sont reliés au champ de la psychiatrie. C'est le cas par exemple pour le service de scolarité de la clinique, qui a pour prérequis d'entrée d'avoir un suivi par un psychiatre. Cette offre reliée au sanitaire est limitée quantitativement. De plus, elle est inégalement présente sur le territoire national. Ce découpage de l'offre est très ancré dans l'histoire des prises en charge de personnes avec des troubles psychiques. Comme nous l'avons développé dans le chapitre 2 de la thèse, si la loi de 2005 sur le handicap a permis le développement de structures spécifiques aux handicaps psychiques, il semblerait que cela soit principalement opérant pour un public adulte, qui était déjà pris en charge (dans une moindre mesure toutefois), dans les dispositifs du champ du handicap (Giordano, 2016). Concernant les moyens de compensation à destination des jeunes, l'offre médico-sociale ne semble pas s'être développée et reste dans le giron du secteur psychiatrique.

Le panorama des dispositifs de scolarisation mobilisé (non exhaustif donc), sur notre territoire de recherche, montre le poids de l'histoire du secteur médico-social et psychiatrique sur la construction

de l'offre. L'appropriation de la notion de handicap psychique reste faible pour les jeunes en âge scolaire, qui, s'ils n'ont pas de troubles associés de qualifiés, sont renvoyé vers le soin. S'il existe sur notre territoire de recherche un dispositif spécialisé dans la scolarisation de jeunes avec des troubles psychiques, structure rare à l'échelle nationale, son accès est spécifique et limité en nombre.

La partie deux, explore plus en détail le fonctionnement de ce service, qui dans la présentation de ses objectifs et de son fonctionnement vise le maintien et la poursuite de la scolarité de jeunes ne pouvant rester en milieu ordinaire du fait de troubles psychiques. C'est bien la loi de 2005 qui est à l'impulsion du développement de l'accueil de jeunes avec des troubles psychiques, mais pas comme un dispositif du champ du handicap : en effet, en ouvrant la scolarité en milieu ordinaire de jeunes avec des handicaps physiques qui en étaient jusque-là écartés, le nombre de jeunes avec ces types de handicap scolarisés dans le service de la clinique a beaucoup baissé, laissant la possibilité d'accueillir un public ayant besoin d'une offre spécifique. Le service de la clinique met ainsi en œuvre de nombreux aménagements de l'organisation scolaire, développe des relations de proximité entre jeunes et enseignants, qui permettent à de nombreux jeunes de renouer avec une scolarité et de passer le bac. Le thème de la confiance en soi est très présent dans la structure. Dans la pratique cela nous paraît traduire une manière d'être réconforté dans un rôle d'élève dont le jeune avait été éloigné, de ne plus être déviant. Pour les jeunes qui suivent leur scolarité dans la structure et obtiennent ainsi leur bac semble se développer pour reprendre les termes de Danilo Martuccelli une « forme particulière de confiance institutionnelle en soi qui marque les individus bien au-delà de leur trajectoire scolaire » (Martuccelli, 2006, p37).

Avec l'enquête de terrain en immersion, nous avons pu observer la circulation des jeunes au sein de la structure. Le service de la scolarité à une capacité d'accueil limité par rapport aux nombre de demandes d'entrées. Des critères de sélection sont donc mis en place. Ce sont les jeunes qui se conforment le plus aux manières d'être et de faire, posées par la structure qui ont le plus de chance d'y entrer et d'y rester. Ils doivent au moment de l'entretien mettre en récit leur parcours et leurs motivations pour convaincre la direction qu'ils ont leur place dans le service.

Ces modalités de sélection sont liées à plusieurs enjeux institutionnels du service, présents inégalement selon les situations et les professionnels concernés. D'une part le service de scolarité se trouve dans une clinique privée pour jeunes et adultes, dont elle ne doit pas impacter l'ordre. Les jeunes du service de scolarité doivent donc se conformer aux règles de l'établissement, ou bien les enfreindre sans que cela ne soit perçu par les professionnels. D'autre part, les enseignants ne sont pas formés aux soins psychiques et même si les soignants sont à proximité (dans une autre aile du

bâtiment), ils décrivent une part importante de gestion émotionnelle des situations liées aux troubles psychiques, difficile à cumuler avec une gestion disciplinaire. Le registre explicatif des comportements est par ailleurs parfois confus ou changeant entre les troubles psychiques ou un écart disciplinaire. Dans les deux cas, que ce soit une explication par un état de santé ne permettant plus de suivre la scolarité telle que pensée ou un comportement qui est jugé comme nuisant à l'ordre, une mise à distance du service peut avoir lieu (réorientation vers le soin, orientation vers un autre établissement, non renouvellement de l'inscription dans le service, ...).

Chapitre 6 : L'insertion dans l'emploi

La fin de la scolarité marque en France la transition vers une nouvelle activité normée : celle de l'insertion dans l'emploi. Si dans certains pays tel que le Danemark, le passage à l'âge adulte se caractérise comme un temps d'expérimentation, dédié à « devenir soi »¹²³, il est en France, celui du placement social (Van de Velde, 2008). « *Il semble exister parmi les jeunes Français un « seuil des 25 ans » au-delà duquel l'identité sociale de l'individu se doit d'être posée. Un passage « obligé » par les études est peu remis en cause en début de trajectoires, hormis au sein des milieux ouvriers. [...] La rigidité du lien diplôme-emploi et la forte visibilité du chômage juvénile contribuent ainsi à des trajectoires académiques linéaires, amorcées de façon précoce. Ces études initiales ne sont que rarement prolongées par la formation continue. Même pour les étudiants issus des milieux les plus aisés, ne pas être inséré après 25 ans apparaît relativement peu légitime.* » (Van de Velde, 2008, p 144). Ainsi, après les études, la norme occupationnelle est celle de la recherche d'un emploi. La classe d'âge concernée est variable selon le milieu social des jeunes et les études qu'ils ont réalisées. Mais pour tous, la frontière des 25 ans marque une nouvelle période normée : celle de l'emploi. Cette représentation se traduit dans le fonctionnement des institutions. Ainsi, les missions locales ont-elles pour mission d'accompagner les jeunes entre 16 ans (fin de la scolarité obligatoire) et 25 ans, dans leurs démarches d'insertion sociale et professionnelle. Après 25 ans, l'accompagnement vers l'insertion dans l'emploi change de nature, comme nous le verrons dans la première partie de ce chapitre.

Parmi les 39 jeunes que nous avons rencontrés, 17 sont dans une démarche d'insertion dans l'emploi ou en emploi. Nous avons rencontré 14 de ces jeunes via la mission locale, deux autres par un ESAT et une dernière par une association de proches de jeunes avec des troubles psychiques. Les expériences scolaires de ces jeunes sont contrastées. Pour certains, les troubles psychiques se sont manifestés tôt dans leur trajectoire scolaire et les ont freinés dans leur accès à un diplôme. Pour d'autres, les troubles ont été identifiés et qualifiés plus tard dans leur scolarité, voire au moment de leurs premières expériences professionnelles. La question de l'emploi préoccupe ces jeunes, qui sont engagés pour 14 d'entre eux (sur 17) dans des accompagnements au sein de structures pour l'insertion

¹²³ Ainsi les jeunes Danois peuvent-ils alterner des phases d'expériences professionnelles et des temps de formation jusqu'à leurs 30 ans. « Loin d'être vécus comme une précarité subie, ces itinéraires discontinus sont prioritairement associés à une rhétorique de la construction de soi et à une représentation d'un âge adulte lointain et subjectif ». (Van de Velde, 2008, p.38).

sociale et professionnelle. Trouver un emploi leur semble être un moyen tant d'accéder à une indépendance financière vis-à-vis des solidarités familiales ou publiques, que d'avoir un statut social source de reconnaissance ou encore d'occuper leur temps et ne pas être isolé socialement.

Dans un contexte où le taux de chômage chez les jeunes de 15 à 24 ans est de 19,2 % (au premier trimestre 2019)¹²⁴, et où la précarisation des situations de travail est toujours plus forte, comment la place des jeunes avec des troubles psychiques sur le marché de l'emploi est-elle négociée (Strauss, 1992) au sein de dispositifs visant l'insertion? Comment se déroule et se vit cette épreuve sociale (Martuccelli, 2006) pour des jeunes avec des troubles psychiques ? L'expérience de cette épreuve sociale est-elle différente selon le milieu social des jeunes ? En filigrane, nous interrogeons le risque de désaffiliation (Castel, 1995, 2009) pour ces jeunes et la manière dont il est traité par l'action publique.

Pour répondre à ces questions, nous nous appuyons sur les matériaux recueillis au cours d'une enquête qualitative dans une mission locale. Nous avons réalisé des entretiens avec des professionnels de la mission locale : responsables de service, conseillère santé, psychologue, conseillers en insertion professionnelle, conseillers du dispositif garantie jeune, du dispositif à destination des jeunes sans domicile fixe, conseillère en éducation sociale et familiale...

Nous avons également réalisé huit entretiens de type récit de vie avec des jeunes inscrits à la mission locale et disposons de six retranscriptions d'entretiens effectués par une collègue dans le cadre d'un même projet de recherche¹²⁵. Pour les huit entretiens que nous avons réalisés avec des jeunes, nous avons rencontrés les différents professionnels qui les accompagnent. Nous avons demandé à ces professionnels de nous raconter le parcours de jeunes et les avons interrogés sur ce qu'ils avaient mis en œuvre au cours de leur accompagnement. Nous avons ainsi pu reconstituer des parcours de jeunes selon la méthode de l'étude de cas.

Ce travail de terrain s'inscrit dans le cadre d'une recherche sur l'insertion dans l'emploi de jeunes avec des troubles et un handicap psychique. Nous nous intéressons dans cette recherche au processus de construction du handicap psychique. Nous avons ainsi demandé aux professionnels de nous parler de situations de jeunes avec des troubles psychiques de façon générale et de situations plus spécifiques

¹²⁴ Source : Insee, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4136766> , Consulté le 02 octobre 2019.

¹²⁵ Ces entretiens ont été réalisés par Céline Rothé, Sociologue, responsable du projet de recherche sur l'insertion dans l'emploi de jeunes avec un handicap psychique.

pour lesquelles ils avaient envisagé d'impulser une demande de reconnaissance d'un handicap à la MDPH.

En parallèle de ce travail de reconstitution de cas, nous nous sommes intéressée aux autres structures du territoire qui accompagnent potentiellement des jeunes avec des troubles et un handicap psychique pour leur insertion dans l'emploi. Nous avons également rencontré des professionnels de huit associations partenaires de la mission locale, travaillant pour l'insertion professionnelle et pouvant accueillir un public jeune. Une partie de ces associations est spécialisée dans l'accompagnement de personnes avec des troubles ou un handicap psychique. Au total, nous disposons de 43 entretiens avec des professionnels du champ de l'insertion professionnelle et de 17 entretiens avec des jeunes en emploi ou investis dans des démarches d'accompagnement vers l'emploi.

Ce chapitre se compose de deux parties, en écho à celles du chapitre précédent sur la scolarité.

Dans la première partie de ce chapitre, nous présentons l'offre locale d'accompagnement professionnel vers l'insertion dans l'emploi. L'objectif de ce texte est de décrire les configurations (Elias, 1969) dans lesquelles se déroulent les trajectoires des jeunes et les négociations des normes d'insertion. Nous nous intéressons aux critères et orientations pour entrer dans les très multiples structures existantes mais aussi à leurs modalités d'accompagnement (contenu, temporalité, ...). Nous resituons ces fonctionnements dans un contexte politique plus large et regardons la manière dont celui-ci influence les modes de financements, principes d'actions, morales, ou même la pérennité, des structures. Ces éléments macro et mezzo-sociaux nous permettent d'analyser l'impact de l'offre d'accompagnement vers l'insertion dans l'emploi sur les parcours de jeunes : que ce soit dans leur circulation entre les dispositifs d'accompagnement et dans les modalités de leurs inscriptions, ou non, dans des sphères professionnelles. Nous nous appuyons pour cela sur la littérature grise des structures de notre territoire (projet institutionnel), les entretiens réalisés avec les professionnels de direction et de l'accompagnement vers l'insertion dans l'emploi. Nous illustrons également nos propos, quand cela est possible, avec les récits des jeunes qui sont passés dans ces structures.

Dans la deuxième partie, nous réalisons une focale sur le travail effectué par une mission locale, structure ouverte à tous les jeunes entre 16 et 25 ans. Nous regardons la manière dont l'accompagnement d'un public de jeunes avec des troubles psychiques interpelle les professionnels dans leurs pratiques. Nous dégageons deux profils de professionnels dans leur rapport aux troubles psychiques et à l'accompagnement des jeunes. Enfin, nous interrogeons le poids de l'individualisation sociale et de l'action suivant le modèle de l'approche globale ou de l'activation sur la construction du

handicap et l'orientation des trajectoires professionnelles vers des structures médico-sociales. Nous montrons la manière dont l'approche par l'activation accentue le risque de disqualification sociale et de responsabilisation individuelle. Pour étayer nos propos, nous nous appuyons sur les études de cas réalisées en mission locale. Nous retraçons d'abord le parcours d'accompagnement de Fleur, jeune femme suivie en garantie jeune avec un accompagnement global de son parcours et un suivi très renforcé. Puis, nous décrivons le parcours de Noémie, également suivie en garantie jeune, mais par une conseillère qui adopte une logique par l'activation. Nous analysons à travers ces deux études de cas, d'une part la manière dont les déterminants sociaux freinant l'accès à l'emploi peuvent être mis au second plan par rapport aux troubles psychiques perçus par les professionnels et d'autre part, l'impact différencié de ces approches sur les parcours et expériences des jeunes.

1. Les dispositifs publics d'insertion dans l'emploi, principes d'action et modes de régulation

Dans cette partie, nous dressons un panorama de dispositifs susceptibles d'accompagner les jeunes dans leur insertion dans l'emploi. Nous catégorisons ces dispositifs selon qu'ils relèvent ou non du champ du handicap. L'insertion dans l'emploi est un enjeu majeur d'accès à l'indépendance et à l'autonomie. C'est également un vecteur de reconnaissance sociale mais aussi une injonction de l'Etat.

Ce texte vise à répondre à plusieurs questions et hypothèse. La première hypothèse est que les troubles psychiques chez les jeunes peuvent constituer un frein à l'entrée dans l'emploi pérenne, dans un contexte de concurrence accrue et de rigidité des normes et exigences professionnelles. A partir de cette idée, nous nous interrogeons sur les adaptations dont peuvent bénéficier les jeunes pour s'insérer dans l'emploi. Quels sont les dispositifs institutionnels existants pour accompagner vers l'emploi ? Quelles sont les conditions pour accéder à ces dispositifs ? Comment sont-ils mobilisés et reçus par les jeunes ? Dans ce chapitre, nous présentons également les principes moraux et modalités organisationnelles¹²⁶ et de régulation¹²⁷ de ces dispositifs d'aide à l'insertion dans l'emploi. A partir de ces descriptions, nous regardons le poids des politiques publiques d'insertion par l'emploi et leur mise en œuvre sur les parcours de jeunes avec des troubles psychiques.

¹²⁶ Par mode organisationnel nous entendons le déroulement concret des actions, leurs contenus et temporalités.

¹²⁷ Par mode de régulation nous entendons le financement, l'encadrement politique des missions et leur évaluation.

Nous nous appuyons sur les entretiens réalisés avec des professionnels (43) de diverses structures d'insertion dans l'emploi de notre territoire de recherche. Nous mobilisons également les entretiens avec les jeunes qui sont ou ont été accompagné dans ces structures (17).

Le panorama des dispositifs dressé dans ce point n'est pas exhaustif. Nous décrivons en effet les services qui interviennent auprès des jeunes que nous avons rencontrés ou encore ceux cités comme partenaires de nos principaux enquêtés (c'est-à-dire la mission locale pour ce chapitre). Par ailleurs, les dispositifs présentés sont particuliers à notre terrain de recherche.

1.1. Dans le champ du handicap

Au cours de notre enquête, les dispositifs d'aide à l'insertion dans le champ du handicap ont fréquemment été évoqués par nos enquêtés. S'ils sont décrits comme peu mobilisés par des personnes jeunes, ils apparaissent comme un horizon possible. Dans ce point, nous présentons ces dispositifs d'aide à l'insertion, qui nécessitent une reconnaissance institutionnelle d'un handicap. Nous analysons les différentes tensions morales et organisationnelles en jeu, leur impact sur à la fois la mise en œuvre de l'accompagnement par les professionnels et à la fois la négociation des normes occupationnelles des jeunes.

Ce panorama des dispositifs du champ du handicap ne vise pas l'exhaustivité mais une représentativité de réseau d'acteur qui a été le plus fréquemment présent lors de nos enquêtes.

1.1.1 Cap emploi

Il existe des structures « Cap Emploi » sur toute la France. Elles sont portées par des associations à l'échelle départementale et financées par pôle emploi et l'Agefiph¹²⁸. Cap Emploi effectue une mission de service public d'accompagnement « vers et dans l'emploi » des personnes en situation de handicap. Ces derniers, quel que soit leur handicap, doivent avoir une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), par une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), et une orientation vers le milieu ordinaire du travail. Cas particulier, les personnes licenciées pour inaptitude peuvent bénéficier d'un accompagnement Cap Emploi, sans avoir de RQTH. Les personnes doivent

¹²⁸ L'Agefiph est selon leur propre définition « chargée de soutenir le développement de l'emploi des personnes handicapées. Pour cela, elle propose des services et aides financières pour les entreprises et les personnes. » Source : <https://www.agefiph.fr/> Consulté le 21 aout 2019

avoir un état de santé stabilisé. Cet état est estimé par la personne elle-même et par le conseiller, car ce dernier n'a pas de dossier médical et n'est pas en lien avec les médecins. Les orientations vers Cap Emploi peuvent provenir de la MDPH ou encore de pôle emploi.

Le Cap Emploi de notre territoire de recherche compte 35 professionnels, dont 17 chargés d'insertion professionnelle, qui travaillent à la construction du projet des personnes. Chaque conseiller à temps plein peut accompagner environ 130 personnes par an. Depuis peu, la nouvelle direction soutenue par les conseillers, souhaite que ces derniers se spécialisent sur certains handicaps. Nous avons rencontré un conseiller en insertion qui dit avoir de l'appétence pour l'accompagnement de personnes en situations de handicap psychique et qui sera amené à suivre ce public spécifique au sein de la structure.

Pôle Emploi est le principal prescripteur vers Cap Emploi. L'entrée à Cap Emploi démarre par une réunion d'information collective, qui regroupe entre 10 et 20 personnes. Pour les conseillers, ce temps donne déjà des indications sur la capacité des personnes à être en collectif. Cette réunion peut se dérouler dans les locaux de pôle emploi. Suite à ce premier temps de rencontre, un entretien individuel est proposé aux personnes dans un délai d'un mois. L'accompagnement proposé par Cap Emploi consiste en des ateliers collectifs (par exemple sur l'élaboration du CV ou encore de discussion « Parler ou pas de son handicap »), un suivi par entretien individuel et au sein du lieu de travail par un conseiller référent. La structure travaille en partenariat avec des centres de formation pour adulte et d'autres associations spécialisées dans l'accompagnement vers l'insertion sociale et dans l'emploi de personnes avec un handicap. Il n'y a pas de durée limite d'accompagnement avec Cap Emploi.

Leurs services sont évalués selon le placement des personnes qu'elles accompagnent, soit en CDD ou CDI soit en formation. Ils ont également une contractualisation avec pôle emploi qui pose un nombre d'entrées annuelles à Cap Emploi.

« Y a-t-il des listes d'attente pour Cap Emploi ?

Ça va, ça va. Il y a des temps pour l'info collective. Il y a des fois, on n'est pas reçu tout de suite pour l'info collective mais en général, ça va. On a eu des périodes, c'était un peu plus compliqué, là, ça va. On a aussi des objectifs : il faut rentrer aussi. C'est-à-dire quels que soient les gens qu'on sort, il faut rentrer des personnes. C'est un peu, nous, la complexité mais on se doit de rentrer un nombre de personnes chaque année. C'est de la contractualisation avec le Pôle Emploi, ce qui est logique, pour moi, mais la logique de l'accompagnement, sans parler justement des fois des deux ans ou trois ans, ça peut un peu se bousculer parce que si les sorties ne se font pas naturellement et qu'on rentre, bon ! » (Conseiller Cap Emploi)

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, 17 ont un dossier déposé à la MDPH, dont 11 en rapport avec l'emploi. Sur ces 11 jeunes, 9 demandent une RQTH avec une orientation en milieu ordinaire. Deux jeunes demandent des orientations en milieu protégé. Une jeune demande une orientation vers une entreprise adaptée et un jeune une orientation vers un ESAT. Ils sont donc 9 à répondre aux critères demandés par Cap Emploi pour être accompagné. Pourtant, aucun n'a été accompagné par Cap Emploi. Une explication possible relève du processus d'orientation des jeunes par pôle emploi. Pour le conseiller de Cap Emploi que nous avons rencontré, le statut de « jeune » prévaut sur l'étiquette « handicap » dans le processus d'orientation vers les dispositifs d'accompagnement. Ainsi, lorsque pôle emploi rencontre une personne jeune avec des troubles psychiques, elle l'orientera plutôt vers la mission locale.

« C'est un peu les règles du jeu même si une personne qui est inscrite au Pôle Emploi ou à la mission locale peut directement venir vers nous et dire : « Je veux être accompagnée par vos services. » Si elle est inscrite à Pôle Emploi, nous, on va la convoquer, tout ça, mais le chemin un peu plus logique, on va dire, c'est toujours Pôle Emploi qui dit : « RQTH – je caricature encore mais en gros – RQTH : ok, Cap Emploi ! Vous êtes jeune : ok, mission locale ! » » (Conseiller Cap Emploi)

Si l'on imagine qu'un lien puisse être établi entre la mission locale et Cap Emploi, nous ne l'avons pas observé sur notre terrain. Plusieurs professionnels, tant à Cap Emploi qu'à la mission locale, décrivent l'absence de relations entre les deux structures.

« Pas de filtre pour les gens en situation de handicap, pour orienter Cap emploi ou Mission locale ?

Non, c'est Pôle emploi qui décide mais depuis que je travaille à la Mission locale, c'est toujours le même bordel. Ça n'a jamais été résolu. Mais les liens entre Cap emploi et la Mission locale, ça n'existe pas, quasiment ! » (Conseiller Mission Locale)

1.1.2 Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) sont des structures créées par décret en 2005¹²⁹. Selon le texte de loi, les SAVS « ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur

¹²⁹ [Décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005 - art. 1 JORF 10 septembre 2005](#)

accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. »¹³⁰ Pour accéder à un SAVS, il est nécessaire d'avoir une orientation de la part d'une MDPH. La création des SAVS passe par une procédure d'appel à projets, telle que définie dans la loi HPST du 21 juillet 2009. Les SAVS sont financés par les conseils généraux. Ils peuvent être spécialisés sur certains types de handicap ou bien être destinés à tous types de handicaps. Sur notre territoire de recherche, plusieurs SAVS sont destinés aux personnes avec un handicap psychique.

Les SAVS n'ont pas pour vocation première d'accompagner vers l'insertion dans l'emploi, mais peuvent tout de même être amenés à le faire si cela fait partie du « projet de vie » des personnes. Dans les faits, l'accompagnement proposé par les SAVS peut varier. C'est le cas sur notre territoire de recherche. Nous avons rencontré des professionnels de deux SAVS dont le fonctionnement est très contrasté.

Le SAVS Tulipe est issu d'une association créée il y a plus de 20 ans à l'initiative de parents de malades psychiques. Cette association visait à prendre en charge les personnes à leur sortie de l'hôpital psychiatrique et à proposer un accompagnement afin d'éviter qu'ils y retournent. Peu de temps après sa création, l'association a ouvert un foyer de vie pour des personnes avec une schizophrénie. Au fil du temps, l'association se développe et propose différents services : logements, activités, et services qualifiés « d'accompagnement à la vie quotidienne ». Ces services vont se structurer au sein de différents dispositifs, dont un SAMSAH, un SAVS, des résidences logements, etc. Au sein du SAVS, une personne est « chargée d'insertion professionnelle ».

Les professionnels rencontrés nous indiquent que très peu de personnes du SAVS ont un emploi. Pour ceux qui en occupent un, ils sont soit en ESAT soit travaillent en milieu ordinaire à temps partiel. S'ils accompagnent certaines personnes dans la construction de leur projet professionnel, pour d'autres, l'accès à l'emploi est décrit comme secondaire vis-à-vis des soins ou bien comme improbable au regard des troubles de la personne.

« On a quand même peu de gens qui sont capables d'aller vers le monde du travail. Il y a de la demande, notamment chez les plus jeunes, c'est clair que au-delà de... au-delà des problématiques personnelles, ils ont quand même à gérer l'effet miroir, c'est-à-dire qu'ils se pensaient pas à cet âge-là vivant seul, isolé, sans femme, sans enfants ou sans mari, sans enfants, sans travail et il y a toute une phase d'acceptation quand même entre 20 et 30 ans souvent... il

¹³⁰ Site Légi France consulté le 09 septembre 2019.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI00006906548&dateTexte=&categorieLien=cid>

voit tous les autres se marier autour, avoir des enfants, ils comprennent que c'est pas possible pour eux puisqu'ils ont déjà du mal à se prendre en main. » (Professionnel SAVS Tulipe)

L'accompagnement des professionnels est donc parfois celui visant à « faire le deuil » de la vie normée qui était envisagée jusqu'à ce que les troubles ne deviennent trop handicapants et entravent les projets de la personne. C'est ainsi que certaines personnes qui ont réussi à négocier avec la norme scolaire, ont le bac ou ont fait des études, mais ne peuvent pas ensuite avoir un travail.

C'est une période de la vie qui n'est simple pour personne, l'émancipation des parents... quand je vois les gens au rendez-vous de préadmission, je dis « oui, mais en même temps c'est des choses qui sont aussi traversées par tout un chacun quand on a 18-20 ans », mais comme il y a la gestion de la maladie, les aléas de la maladie, les symptômes qui sont là ... et puis le fait que les autres avancent beaucoup plus vite, là ça devient un peu compliqué. Mais c'est très très fréquent que les gens ils aient un Baccalauréat général hein. J'ai beaucoup de gens, beaucoup beaucoup des personnes ont même fait des études supérieures. » (Professionnel SAVS Tulipe)

L'impression donnée par les entretiens menés auprès des professionnels de ce SAVS est que l'accompagnement vers l'insertion dans l'emploi reste une activité minoritaire de la structure. Les personnes sont invitées à participer de multiples activités proposées par le SAVS, dans un bâtiment identifié dans le centre de VilleRose. Le SAVS propose un planning hebdomadaire avec des activités sportives, artistiques, etc. dans ce local de l'association. La norme occupationnelle des personnes inscrites au SAVS semble plutôt relever de ces activités de loisir, en parallèle de la gestion de leur quotidien (rendez-vous médicaux, courses, ménages, etc.) pour lesquelles ils bénéficient d'un accompagnement.

Le SAVS Jonquille a historiquement une mission d'accompagnement vers l'insertion dans l'emploi, à laquelle son fondateur était très attaché. C'est une structure qui mobilise beaucoup les méthodes de réhabilitation psychosociale. Les locaux du SAVS se situent dans une maison, dans un quartier d'une petite ville à proximité de Villeroze. L'affichage de la structure est très discret¹³¹. L'accompagnement est très individualisé. Il n'y a pas de planning d'activité hebdomadaire proposé par les professionnels, mais les personnes sont accompagnées à partir de leurs souhaits dans des activités sportives, artistiques, de loisir. Le SAVS Jonquille est ouvert tous les jours de la semaine, de 8 h 30 à 20 h 00 (il ferme à 21 h 00 un soir de la semaine et à 17 h 00 un autre soir). L'accompagnement des personnes peut être plus ou moins renforcé selon sa situation et peut évoluer dans le temps. Dans la manière

¹³¹ L'affichage de l'association est tellement discret qu'il nous a fallu beaucoup de temps le jour de l'entretien, avant de comprendre que le SAVS se situait bien dans cette maison devant laquelle nous étions passée à plusieurs reprises.

dont il est présenté et organisé, le SAVS Jonquille semble vouloir se distinguer d'une institution, d'un service médico-social, qui serait organisé autour des règles de la direction. Il se présente comme un lieu de vie, dont les modalités d'accompagnement se modulent selon les personnes et leurs souhaits.

« Là, au niveau des usagers, on avait vraiment envie de... on a d'abord fait faire une enquête par une étudiante en sociologie sur les souhaits de participation des personnes qui sont accompagnées ici. Et puis, un peu un retour aussi sur la qualité du service rendu. Et à la suite de ça... il y a eu malheureusement les événements de Charlie Hebdo qui ont beaucoup marqué et... et une idée de comment faire pour mieux vivre ensemble. Et de là on... on a sollicité tous les bénéficiaires qui le voulaient, à réfléchir ensemble sur bah cette idée du mieux vivre ensemble et puis d'être plus inséré socialement, d'être plus force de proposition, d'être plus... moins entre soi quoi, comment faire. Et bon, après ça reste des petits nombres. Mais là ils ont créé une... ils ont souhaité créer une association. Ils ne sont pas nombreux je pense, cinq ou six, mais c'est très soutenu par deux salariés ici. Ils ont mis un an... enfin les... bénéficiaires qui ont voulu participer à ça, plus deux... un chargé d'accompagnement et la psychologue, qui est soutien parce que sinon ça ne marcherait pas, créer cette association, s'entendre, mettre des objectifs. Et là il va y avoir une première action en mars, ils ont... ils vont faire une grainothèque au niveau de la commune. Et pour lancer cette grainothèque, ils vont faire une soirée débat dans un dispositif d'aide aux aidants. Donc on fait des expériences comme ça, mais on... on va petit à petit parce qu'on... vous voyez, moi je n'aurais jamais créé une association, mais bon, c'était ça qu'ils voulaient faire, donc on fait ça et puis après ça mène un peu plus loin (Rire.) voilà. Donc c'est pour... l'idée c'est toujours de traiter cette question de l'isolement, parce qu'elle est très très forte. Et bah ça créé beaucoup de souffrances et ça accentue quand même les symptômes des maladies. Enfin, c'est important en tous les cas de s'y intéresser. » (Professionnelle SAVS Jonquille)

Dans ce SAVS, la question de l'insertion professionnelle est historiquement centrale. Si ce n'est plus aujourd'hui un critère dans l'admission dans le dispositif, cela reste tout de même un point sur lequel les personnes sont interrogées systématiquement lors de leur premier entretien.

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, trois sont accompagnés par un SAVS : Louise, Xavier et Enzo.

Xavier est dans un autre SAVS du territoire que ceux que nous venons d'évoquer. Il a été orienté vers un SAVS par le biais d'une association spécialisée dans l'insertion dans l'emploi des personnes handicapées (association que nous présentons dans le point suivant et que nous nommons « Primevère »). Le SAVS dans lequel il est inscrit émane d'une association qui gère également un ESAT spécialisé dans le handicap psychique. Si Xavier aborde les questions d'emploi avec son accompagnateur de SAVS, il y travaille surtout avec l'association spécialisée « Primevère ».

Louise est dans la même situation que Xavier, puisqu'elle travaille dans l'ESAT sus-mentionné et est accompagnée par le même SAVS qui lui propose des activités de loisirs et l'aide dans ses démarches administratives.

Enzo est lui inscrit dans le SAVS Jonquille. C'est au cours d'une hospitalisation en psychiatrie qu'une assistante sociale lui parle de ce SAVS. Enzo effectue donc une demande pour ce SAVS via la MDPH. Il accède à cet accompagnement un an plus tard. Suite à cela, il effectue un bilan de compétences mais passe pour cela par une autre structure, une association spécialisée dans l'insertion professionnelle de personnes handicapées (association que nous présentons dans le point suivant et que nous nommons « Bruyère »).

Ces trois trajectoires de jeunes, croisées aux entretiens avec les professionnels de SAVS nous amènent à penser que si l'insertion dans l'emploi est une problématique travaillée dans ce type de structure, cela reste une mission secondaire. En effet, les jeunes sont orientés vers d'autres associations spécialisées dans ces questions. Ici, nous pensons que l'offre locale joue un rôle déterminant : sur d'autres territoires, qui n'auraient pas d'associations ou de structures spécialisées dans l'accompagnement vers l'insertion professionnelle des personnes avec un handicap, le rôle du SAVS sur cette question doit être plus fort.

1.1.3 Des associations spécialisées

Sur notre territoire de recherche, plusieurs associations interviennent dans le champ de l'insertion professionnelle et sont spécialisées sur un public avec un handicap psychique. Par soucis à la fois de maintien de l'anonymat et à la fois de lisibilité de nos propos, nous les appellerons « Primevère », « Bruyère » et « Aster ».

Primevère, l'approche globale à l'épreuve des nouveaux modes de financement

Nous intégrons dans cette partie sur les dispositifs « handicap » l'association Primevère, bien qu'elle n'accueille pas uniquement un public avec une reconnaissance institutionnelle d'un handicap. Mais cette association a géré pendant longtemps un dispositif spécifique (la Prestation d'Appui Spécifique) qui nécessite un dépôt de dossier MDPH, et qui est fortement mobilisée sur notre terrain de recherche. L'association Primevère a été créée en 2005. Elle est basée à Villerose mais tient des permanences sur tout le Département. Elle délivre différentes prestations.

Une de ses missions est d'accompagner des personnes en situation de précarité avec le Revenu de Solidarité Active ou une Allocation de Solidarité Spécifique et qui sont confrontées à des troubles psychiques. Cette prestation est financée par le Conseil Départemental. Les personnes sont accompagnées pendant six mois, avec la possibilité de renouveler une fois six mois (principalement lorsque des démarches auprès de la MDPH sont initiées). Ce sont principalement les animateurs locaux d'insertion (ALI) des services sociaux du Département ou les travailleurs sociaux, qui orientent les personnes vers l'association Primevère. Ces professionnels disposent d'une grille, communiquée par Primevère, pour identifier les difficultés spécifiques aux troubles psychiques. C'est ainsi qu'une partie du public orienté vers Primevère, n'a jamais eu de soin psychique.

L'association effectue également une prestation avec des financements européens, pour accompagner vers l'emploi, sur une durée de six à neuf mois, des personnes avec des troubles psychiques. C'est principalement l'hôpital psychiatrique et la mission locale qui orientent des personnes vers cette prestation.

Pendant un temps, l'association Primevère proposait également une prestation payante pour des entreprises qui avaient besoin d'un accompagnement et d'une évaluation de la situation pour un professionnel avec des troubles psychiques. L'association était sollicitée par le Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Personnes Handicapées (SAMETH)¹³², le FIPHFP ou encore d'autres entreprises via la médecine du travail. Elle a également effectué des évaluations pour la MDPH, sur les compétences professionnelles des personnes avec un handicap psychique. Elle participait dans ce cadre aux CDAPH.

Primevère exerçait aussi une mission d'accompagnement vers l'emploi pour des personnes avec un handicap psychique dans le cadre de la Prestation d'Appui Spécifique (PAS).

La « Prestation d'Appui Spécifique » (PAS)

Avant appelée PPS, la PAS vise à évaluer les conséquences du handicap au regard du projet professionnel de la personne et d'identifier les moyens de les compenser. La PAS est un soutien pour les conseiller d'insertion professionnelle.

Il faut pour bénéficier de cet accompagnement, présenter un récépissé de dépôt de dossier à la MDPH. Il y a des PAS spécifiques à différents types de handicap. Sur notre territoire de recherche, ce sont différentes associations qui gèrent les PAS en fonction du type de handicap.

¹³² Ce service « vise à faciliter le maintien dans l'emploi dans les administrations d'État, les collectivités territoriales et la fonction publique hospitalière ». Source : <https://www.handipacte-mde.fr/fiche-acteurs-sameth.php>, consulté le 11 septembre 2019.

La PAS peut être prescrite par pôle emploi, Cap Emploi, la Mission locale. Elle est financée par l'Agefiph.

Il est possible de cumuler un accompagnement par la PAS avec un autre type de suivi. La référente du Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi (PLIE) de la mission locale nous indique par exemple qu'elle oriente vers la PAS des jeunes mais continue à les suivre en parallèle.

L'accompagnement tel que pensé par l'association Primevère pour des personnes avec des troubles psychiques se déroule de la façon suivante : au cours d'une première rencontre, un professionnel présente l'association et ce qu'elle propose à la personne. Si celle-ci souhaite poursuivre dans un accompagnement, elle revoit le professionnel et présente alors son parcours, sur différents aspects de sa vie :

« On va regarder quel a été son parcours scolaire et son parcours professionnel, la santé aussi, comme ça s'est passé au niveau de la santé psychique principalement, mais physique aussi, somatique aussi. On va regarder aussi la vie sociale, les loisirs, la vie familiale et affective et puis la vie quotidienne. En gros, là, où elle en est, ce qui s'est passé les moments importants pour elle, ce qui s'est passé pour elle et puis les besoins, éventuellement, du moment. L'idée, c'était qu'on comprenne bien où en était la personne, ce qu'elle a vécu et comment on peut l'aider. En gros, ça permet de faire connaissance, tout simplement, de se mettre en confiance. » (Professionnelle, Association Primevère)

Au cours d'un autre entretien, les échanges portent sur la vie professionnelle (ses expériences et son ressenti sur celles-ci) de la personne et ses projets pour l'avenir. Puis la personne accompagnée rencontre un psychiatre de secteur public qui travaille avec l'association. Ces rencontres étaient autrefois systématiques mais ne le sont plus pour des raisons financières. L'objectif de cette rencontre est d'avoir un avis médical sur les capacités de travail de la personne. Le psychiatre se met ensuite en lien, avec l'accord de la personne, avec le professionnel de santé qui la suit, afin d'obtenir des informations complémentaires. Suite à ces entretiens, une équipe pluri professionnelle de l'association se réunit pour échanger au sujet de la situation et proposer de premières préconisations pour la personne. Démarre ensuite l'accompagnement vers l'insertion professionnelle et sociale, qui consiste en des entretiens réguliers.

Dans les faits, les possibilités d'accompagnement sont limitées par le type de prestation prescrit. En effet, certaines prestations ne prévoient un financement que pour un nombre restreint de rencontres entre le professionnel et la personne (c'est le cas par exemple pour l'une d'entre elle qui finance cinq entretiens dans la phase d'analyse, alors que dans les faits les professionnels en font souvent plus), ou pour une durée limitée à six ou neuf mois. Certaines prestations, telles que la PAS, sont renouvelables et permettent donc un accompagnement sur une plus longue durée. Des bilans

sont effectués, en fin de prestation ou pendant et permettent aux professionnels de se concerter, y compris avec la personne, pour décider de la suite de l'accompagnement ou bien de l'orientation vers un autre type de suivi.

La notion temporelle apparaît particulièrement importante dans la description des professionnels, pour accompagner les personnes avec des troubles psychiques, du fait notamment de la variabilité de leur état de santé, ou encore de la nécessité de travailler progressivement l'insertion professionnelle. L'accompagnement peut également durer dans le temps lorsque les personnes rencontrent de multiples problématiques qui les freinent dans leur insertion professionnelle et sur lesquelles les professionnels travaillent en parallèle. Ils pratiquent une approche globale de la situation de la personne. Dans ce cas, les professionnels de l'association Primevère jouent un rôle de relais et de mise en lien entre différents services. Cette relation d'aide pratiquée par les professionnels de Primevère est bien décrite dans ce récit d'accompagnement :

« J'ai eu beaucoup de parcours de jeunes pendant des années où justement, c'était des longs parcours parce qu'il y a un peu tout à construire, en fait : la question de l'autonomie, la question de la santé, la question du projet, il y a énormément de choses. Il y a beaucoup de liens et de partenariats à faire et ça prend énormément de temps ; avec des jeunes en perte de repères, souvent, quand même. Et là, il faut reconstruire tout ça. Mais c'est des parcours passionnants, moi, j'ai beaucoup aimé faire ça.

La dernière en date, c'était une jeune fille qui sortait d'un placement à domicile, alternative au placement, avec un centre pour les jeunes, avec une aide éducative. Et c'était l'éducatrice qui a passé le relais à la Mission locale, et la Mission locale nous passait aussi le... Enfin, ne nous passait pas le relais mais nous demandait de les accompagner à accompagner cette jeune femme. Une jeune femme qui était en entretien au tout début, qui bougeait dans tous les sens, qui n'arrivait pas à me regarder, qui s'exprimait très peu, qui pouvait se lever et partir parce que c'était trop long. Un petit peu agressive aussi, parfois. Et puis, on a appris à travailler ensemble. Et, en fait, c'est une jeune femme pour laquelle les relais n'avaient pas été possibles. Je ne sais pas de la faute de qui de comment, c'est pas grave, mais en tout cas, les relais sociaux, par exemple, et de santé, n'avaient pas été mis en place. Ce qui fait que moi, au lieu de me concentrer sur le projet professionnel, j'ai surtout assuré ça. Elle avait travaillé un peu en entreprise adaptée, en remplacement, mais ça ne s'était pas très, très bien passé. Elle faisait du ménage et ça ne lui convenait pas. Elle avait envoyé balader la chef de service. C'était un peu compliqué !

Il y avait plein de problématiques réunies, en plus, personnelles aussi. Et puis des choses bien, bien lourdes, bien liées à son milieu familial aussi, etc. Donc, moi, j'ai passé le relais, en gros, au CDAS, pour que sur l'aspect social, protection, tout ça, ils soient un peu présents. J'ai passé le relais au CMP pour qu'elle puisse avoir un peu une évaluation de l'état de santé pour l'apaiser parce qu'elle était très, très nerveuse et puis, elle avait des vraies souffrances aussi. Elle portait des vraies souffrances qui l'empêchaient d'être disponible pour quoi que ce soit. A partir du moment où on a mis le doigt dessus, ça a été beaucoup plus simple, après, de se recentrer sur tout ça. Et puis, j'ai passé le relais, ensuite, avec un SAVS, service d'accompagnement à la vie

sociale, pour l'aider dans toutes ses démarches : au niveau du logement, administratif— parce qu'elle venait d'avoir un logement — activité, orientation vers un ESAT. Elle a toute la panoplie, là. Et voilà, ça a été un accompagnement assez prenant, mais qui a été constructif parce qu'elle a accepté, aussi, tout ça, ce qui n'était pas évident, au départ. Elle n'était pas vraiment très ouverte à tout ça. Et puis, avec le temps, elle a fait confiance, elle a réussi à se dire que, finalement, elle avait peut-être besoin. Enfin, voilà, ça a bien fonctionné et je crois que maintenant, elle est entre de bonnes mains et que c'est quelqu'un qui va pouvoir, aussi, faire sa vie. Voilà un exemple de parcours. » (Professionnelle, Association Primevère)

Dans cette logique de créer du lien entre les différents acteurs du champ de la santé mentale, l'association Primevère a longtemps fonctionné avec des mises à disposition de professionnels : venant du centre hospitalier psychiatrique, de la mission locale, de Cap Emploi ou encore de l'association Bruyère. L'idée était de discuter des situations entre acteurs pour identifier collectivement l'accompagnement qui semblait le plus approprié ou encore de préparer des relais dans le suivi des personnes.

« En tout cas, pour le public jeune, c'est vraiment intéressant parce que s'il y a des soins qui sont mis en place, si on a besoin et... il y a vraiment une réelle évolution ; il se passe des trucs super quoi ! J'ai une jeune, aussi, elle a eu son permis, ce qui n'était pas gagné. Elle a réussi à trouver du boulot... Alors que quand elle est venue la première fois, je me rappellerai toujours, elle était avec son éducateur de rue, elle était complètement en retrait, elle ne parlait pas, la tête comme ça... une jolie jeune fille, qui avait l'air très à l'aise mais qui, en fait, était complètement terrorisée, relationnellement. Il n'y avait que son éducateur de rue qui arrivait à la faire un petit peu bouger. On a commencé avec l'éducateur de rue et puis petit à petit, elle a réussi à venir sans lui. C'est toute une phase d'apprivoisement. Et souvent, chez les jeunes, c'est ça, je trouve. Il y a beaucoup cette phase-là, de changement d'interlocuteur, auquel il faut refaire confiance parce que souvent, ils ont des parcours compliqués avec la relation à l'autre et la confiance. Donc, il faut recréer tout ça avant de démarrer vraiment dans le vif du sujet, et puis déblayer aussi ce qui fait frein et des fois, il y a des trucs un peu compliqués et lourds. Donc, il faut voir comment on peut se débrouiller de ça, que le jeune puisse s'en dépatouiller. Et après, une fois que tout est allégé, on peut démarrer. Mais du coup, c'est un sacré temps de préparation, avec des prestations, des cahiers des charges qui ne sont pas forcément prévus pour ça. Donc, il faut vraiment bidouiller. » (Professionnelle, Association Primevère)

Cette idée de « bidouiller » entre acteurs locaux et à partir des cadres définis par les financeurs apparaît comme une caractéristique importante de l'accompagnement de personnes avec des troubles psychiques. La coordination entre les acteurs à l'agenda des politiques publiques qui valorisent une approche en terme de parcours (Bloch, Hénaut, 2014), semble opérer par le biais de ces « bidouilles » officieuses. Pourtant, ces arrangements informels semblent difficilement tenables dans le contexte financier actuel. Ainsi, par exemple, les mises à disposition de professionnels semblent de plus en plus réduites du fait des restrictions budgétaires des structures. Les associations rencontrées craignent

également le mode de financement par appel à projets qui pourrait mettre en péril des associations locales, au réseau bien établi, au profit de plus grosses structures.

« On le voit bien parce que maintenant, dans les marchés publics, il y a des gens qui viennent de très loin pour postuler. Alors qu'avant, c'était le petit réseau-là, du département. C'était déjà pas mal, hein ! Il y avait déjà de la concurrence, mais alors, maintenant, c'est Ouh.... ! [...] Et aujourd'hui, souvent, c'est plutôt les grosses structures qui vont porter les marchés, parce que c'est les plus solides, aussi. Après, ça m'interroge toujours quand même, sur la qualité, parfois, pas toujours, des gens qui sont dans des grosses structures qui travaillent très bien, ce n'est pas le problème, mais à force d'être dans cette logique-là... » (Professionnelle, Association Primevère)

L'association Primevère a, au cours de notre enquête, cessé son activité. Si nous n'en connaissons pas la raison exacte, il semble que sa dissolution soit liée à des problèmes de financements. Ses missions et accompagnements dans le cadre du PAS ont été repris par l'association Bruyère. Au moment de notre dernier entretien avec un membre de l'association Primevère, celle-ci ne savait pas ce qu'il allait advenir de ses autres missions.

Bruyère, l'accompagnement par l'activation comme enjeu institutionnel

Bruyère est une association nationale qui gère des établissements répartis sur toute la France. Sur notre territoire de recherche, l'association Bruyère a au début des années 2000, proposé une offre d'accompagnement pour des adultes avec un handicap psychique qui souhaiterait s'insérer dans l'emploi. L'amélioration des traitements médicamenteux en psychiatrie (meilleure gestion des symptômes et baisse du poids des effets secondaires) et en parallèle la promulgation de la loi de 2005 sur le handicap, ont favorisé le développement de cette offre concernant l'insertion dans l'emploi. A ses débuts, Bruyère travaillait en partenariat avec Primevère.

Bruyère gère la mise en place du dispositif d'emploi accompagné¹³³ sur la Région. Elle sait au moment de l'entretien qu'elle aura des financements pendant un an pour mettre en place le dispositif. Pour démarrer, 50 personnes peuvent en bénéficier. Pour la mise en place de l'emploi accompagné, l'ARS a lancé un appel à projet pour sélectionner la structure à qui elle confiera la mission. Ce sont les MDPH qui vont prescrire cet emploi accompagné. La philosophie de ce dispositif est de « placer dans l'emploi » la personne avant de travailler sur les freins à son insertion. Cette manière d'opérer va à contre-courant de l'approche globale préconisée dans les années 1980 dans les politiques d'insertion.

¹³³ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, dite « Loi Travail » ou « Loi El Khomri ».

Bruyère propose pour la MDPH, une expertise concernant les questions d'emploi pour les personnes avec un handicap. Elle propose une expertise générale pour tout type de handicap, et une expertise spécifique ciblée sur certains handicaps. Bruyère propose une expertise sur le handicap psychique. L'orientation vers ce dispositif se fait sur notification de la MDPH. Le public est très varié en âge. Les personnes sont suivies pendant 3 mois. Durant cette période, elles se rendront régulièrement dans la structure pour des suivis individualisés avec leur conseiller et en groupe avec les autres personnes accompagnées. Une demie journée par semaine est consacrée à une activité « d'expression » soit artistique soit sportive. Le reste du temps, les personnes sont incitées à effectuer des démarches dans le cadre de leur projet d'insertion professionnelle ou des démarches administratives, sociales. A la fin de la période d'accompagnement, l'association élabore pour la MDPH des préconisations sur les capacités évaluées de la personne vis-à-vis de l'emploi. Pour la réalisation de ce service, l'association est sous tutelle de l'ARS et reçoit son financement de la part de la CPAM. Au cours des trois mois, les personnes accompagnées ont un statut de stagiaire qui leur permet d'avoir une rémunération de la part du Conseil Régional. Cette rémunération peut être cumulée à l'AAH. Pour chaque session de trois mois, une dizaine de personnes sont accompagnées, soient une quarantaine de personnes sur l'année.

Bruyère gère également la PAS spécifique au handicap psychique, en relais de l'association Primevère.

Sur les modalités d'accompagnement de leur public, Bruyère pose des constats communs avec Primevère : le fonctionnement actuel des dispositifs (par appel à projet, avec des financements sur des durées restreintes) est d'une part un frein par rapport à la temporalité longue qui peut être nécessaire pour l'accompagnement et d'autre part, fragilise les professionnels et les associations.

« Sur l'AGEFIPH aujourd'hui, les PPS là, on est sur la fin d'un marché, donc on sait qu'on va avoir un nouveau marché, mais on sait pas lequel (Rire.) Je pense qu'il y a des choses autour du cognitif, du psy et du handicap mental, parce qu'ils sont tout le temps associés là en ce moment, mais on ne sait pas ce qui va se passer. Donc on va avoir un appel d'offre bientôt probablement, mais là encore, ça pose la question.

*Alors les prestations qui sont commencées, elles vont pouvoir se terminer. S'il y a un changement de prestataire, les prestataires actuels vont pouvoir les terminer. Mais quelle va être la succession de tout ça et comment travaillent les professionnels, sachant que dans six mois ils auront peut-être plus les prestations dans leurs services. C'est vraiment compliqué. »
(Professionnelle, Association Bruyère)*

Aster, l'incertitude de la qualification des troubles et la mobilisation de dispositifs du handicap

Une dernière association de notre territoire de recherche nous est apparue comme importante, bien qu'elle ne concerne pas les troubles psychiques mais les troubles cognitifs. Nous l'appelons ici l'association « Aster ». Aster est une petite association locale, créée au début des années 1990, à l'initiative de directeurs d'IME de la région, pour permettre aux jeunes scolarisés dans ce type d'institution, d'accéder ensuite à des formations qualifiantes en vue d'intégrer des emplois en milieu ordinaire. Dans ce cadre, Aster travaille toujours avec des Centres de Formation pour Adultes (CFA) pour accompagner des jeunes dans le développement de compétences professionnelles. Ce dispositif est soutenu par l'Agefiph et la Région (pour deux ans encore au moment de l'entretien, la Région ne devant plus avoir ensuite de compétence en matière d'apprentissage). L'association Aster gère également un SESSAD à vocation professionnelle, pour des jeunes avec une déficience intellectuelle et ayant entre 16 et 25 ans. Enfin, Aster est en charge de la PAS spécifique au handicap mental et intellectuel.

En parallèle de ces dispositifs, Aster travaille en collaboration avec la mission locale de Villerose. Elle a notamment des temps de permanence au sein de la mission locale, durant lesquels la professionnelle référente de l'association reçoit des jeunes en entretien. Cette permanence permet aux conseillers en insertion de la mission locale d'avoir une expertise sur certains jeunes chez qui ils soupçonnent une problématique psychique. Cette permanence a été très souvent évoquée par les conseillers de mission locale rencontrés, comme un outil pour orienter leur accompagnement des jeunes avec des troubles psychiques. Cette permanence n'a pu être effective l'année de notre recherche que pendant quatre mois, car les crédits qui lui étaient dédiés ont tous été écoulés au cours de cette période.

Aster réalise également des formations à la mission locale, d'une durée de deux demi-journées, sur le thème « de la compréhension du handicap mental à l'accompagnement vers l'entreprise ». L'idée de cette formation est d'informer les professionnels sur les droits relatifs au handicap, d'échanger sur le processus de reconnaissance et la manière dont il peut être vécu par les personnes concernées, et enfin de donner des éléments pour repérer des situations où il y a un handicap mental.

« La question de la RQTH, parfois, quand il s'agit d'aller conseiller à quelqu'un de faire une demande, ce n'est pas si simple, parce que symboliquement, c'est chargé, parce que les gens ne sont pas prêts. Et donc, on échange sur tous ces aspects-là, sur ce que c'est que la notion de handicap, justement, et notamment, la RQTH, le rapport à la question de l'emploi. Et après, les critères de repérage. C'est un peu plus poussé que ça, quand même, sur deux demi-journées, mais globalement, c'est un peu le contenu de formation qui s'appuie là-dessus. »
(Professionnelle, Association Aster)

Les professionnels de la mission locale, nous y reviendrons, témoignent de leur difficulté à accompagner des jeunes pour lesquels ils pressentent une problématique de santé psychique ou mentale, sans avoir de compétence médicale ou psychologique leur permettant de se sentir légitimes à élaborer ce type de catégorisation. Ainsi se tournent-ils très fréquemment vers l'association Aster.

Si nous avons rencontré cette association malgré son affichage « handicap mental », « troubles mentaux et cognitifs », qui ne correspond pas à notre population d'enquête telle que nous l'avions imaginée au départ, c'est parce que les frontières entre ces catégories semblent poreuses. De plus certains jeunes cumulent des difficultés de différents ordres : psychiques et cognitives. Si les professionnels de la mission locale sollicitent l'association Aster, c'est également pour obtenir un éclairage sur la nature des difficultés auxquelles les jeunes sont confrontés. Pendant un temps, l'association Primevère tenait également une permanence à la mission locale, mais cela n'était pas le cas au moment de notre enquête de terrain. La relative confusion entre troubles psychiques et troubles cognitifs, accentuée par le « chapeau » des troubles mentaux, explique en partie que les professionnels orientent des jeunes vers la permanence d'Aster pour y voir plus clair.

La permanence de l'association Aster à la mission locale permet également aux professionnels d'aborder avec le jeune la question de la reconnaissance d'un handicap par la MDPH. Aster a là une fonction d'évaluation de la situation de la personne et de la pertinence d'effectuer une demande de RQTH.

« Et là, récemment, l'année dernière, j'allais une demi-journée par semaine, faire des permanences, justement, pour les collègues qui pouvaient avoir du mal à identifier les situations du handicap ou pas. Ou ils venaient me voir, ou ils me posaient des rendez-vous avec des jeunes pour lesquels ils avaient quelques doutes. [...] Déjà, si c'est du handicap. Est-ce que oui ou non, ça relève du champ du handicap ? La déficience intellectuelle, par exemple. Parfois, la frontière n'est pas forcément facile entre quelqu'un qui aurait certaines limitations et quelqu'un pour qui ça va impacter la situation de travail. Donc, c'est difficile d'aller repérer ça. Les problèmes de concentration, par exemple, tout dépend de l'ampleur que ça prend. Si la personne se retrouve avec des besoins d'aménagement du poste, on relève du champ du handicap. Si c'est quelqu'un qui serait défavorisé au recrutement à compétence égale, ok, là, c'est pareil, ça relève du champ du handicap. Mais comment le savoir ? C'est ça qui est difficile. » (Professionnelle Aster)

L'association Aster a également été sollicitée pour le dispositif PAS (spécialisé dans le handicap mental) pour des jeunes ayant des troubles psychiques, au cours d'une période où les délais d'accès à la PAS de l'association Primevère (spécialisée dans le handicap psychique), était jugés trop longs.

« J'ai fait une orientation Aster. Normalement, on envoie que des gens qui ont des problèmes pas psychiques mais – c'est plutôt Primevère, psychique, mais Primevère, je n'envoie pas parce que c'est trop long donc, je n'envoie plus mais peut-être que ça reviendra. » (Conseiller de mission)

locale)

Ces propos montrent comment l'état perçu de l'offre locale d'accompagnement est un déterminant qui prime dans l'orientation des jeunes, sur la perception de la nature de leurs troubles. C'est l'offre locale et non le diagnostic qui est utilisé comme critère d'orientation (Heinry, 2019).

L'association Aster a fusionné il y a quelques années de cela, avec l'association Bruyère, qui l'englobe désormais (dans les faits, les acteurs locaux continuent de distinguer Aster et Bruyère, mais il s'agit aujourd'hui de la même structure). Cette fusion appuie les propos des autres professionnels associatifs sur l'organisation actuelle de l'action publique : le fonctionnement par appel à projet qui met en concurrence une multitude d'acteurs incite à se regrouper pour avoir plus de chances en tant que « grande » association.

Les modes d'entrée dans ces structures pour des jeunes

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, trois sont accompagnés par au moins une de ces associations : Xavier, Marin et Mathéo. Deux éléments apparaissent déterminants dans l'orientation de ces jeunes vers une structure spécifique au handicap psychique : la connaissance ou non du suivi psychiatrique par le professionnel de la mission locale d'une part, l'épuisement de l'accompagnement qui multiplie le recours à des dispositifs sur une longue période, sans résultat jugé positif par le professionnel et le jeune.

➤ *Xavier a 23 ans. Son père est ouvrier qualifié et sa mère. Xavier est diagnostiqué hyperactif à l'âge de 4 ans puis on lui donne un diagnostic de troubles bipolaires à l'adolescence, à confirmer selon l'évolution de ses symptômes après 25ans. Xavier intègre une filière professionnelle au lycée, mais arrête ses études en classe de première pour travailler et être autonome financièrement. Il habite à cette période chez ses parents, en milieu rural, et n'a pas encore le permis de conduire ni de voiture. Il ne trouve pas de travail. Xavier démarre alors un suivi à la mission locale. Il ne parle pas à sa conseillère en insertion de son suivi psychiatrique. Sa conseillère, que nous avons rencontré, raconte un suivi long de Xavier (plusieurs années). Elle épuise toutes les ressources à sa disposition pour l'accompagner. Mais malgré de très nombreuses actions menées par la professionnelle et par Xavier, ce dernier n'a pas de situation d'emploi pérenne. La conseillère de la mission locale apprend au cours de cette période que Xavier a un suivi psychiatrique et que le CMP l'accompagne dans une demande de dépôt de dossier à la MDPH. C'est face à un sentiment d'impuissance à l'aider et avec la connaissance du diagnostic psychiatrique qu'elle oriente Xavier vers Primevère.*

➤ *Mathéo a 24 ans au moment où nous le rencontrons. Sa mère est professionnelle de santé. Elle l'a élevé seule. Mathéo raconte que ces premiers troubles apparaissent à la fin du collège et se développent pendant toute la période du lycée. Mathéo est hospitalisé pour la première fois, un soir où il « pète les plombs » à l'internat de son lycée. Après une formation professionnelle, Mathéo commence rapidement à travailler, mais dans un milieu qu'il qualifie de*

mauvais pour sa santé (horaires décalés, travail de nuit, présence d'alcool et de drogue, bagarres...). Après plusieurs années de travail à 600 km de chez lui, Mathéo revient dans sa ville natale et décide d'accepter les incitations de sa mère à voir un médecin psychiatre, qui lui diagnostique alors des troubles bipolaires. Depuis sa première hospitalisation pendant le lycée, Mathéo en a connu plusieurs autres.

Lorsqu'il entre à la mission locale avec pour projet de changer d'orientation professionnelle, il informe sa conseillère de ses problèmes de santé dès les premiers rendez-vous. Celle-ci se place dans une posture distanciée par rapport à la psychiatrie. Elle considère que l'accompagnement de jeunes avec des troubles psychiques ne relèvent pas de sa compétence et oriente alors Mathéo vers un dispositif d'accompagnement spécialisé, qui nécessite d'effectuer une demande à la MDPH. Mathéo accepte alors de déposer un dossier, car il souhaite bénéficier de l'accompagnement renforcé et adapté présenté par sa conseillère.

➤ *Marin à 24 ans au moment de notre rencontre. Son père est cadre supérieur et sa mère après une carrière de cadre dans la fonction publique et un début de retraite, se convertit professionnellement dans le milieu de la psychologie. Marin rencontre des difficultés pour se rendre à l'école dès le primaire. Ses difficultés s'aggravent jusqu'à la fin du collège où il commence une scolarité à domicile. Marin est suivi par un psychiatre. Il entre ensuite dans le service de scolarité d'une clinique qui accueille des jeunes suivis en psychiatrie. Il reste quelques années dans le service mais ne passe pas toutes ses épreuves du bac. Il tente ensuite de reprendre une scolarité à distance, mais sans succès.*

Il s'inscrit après cela à la mission locale et effectue un stage. Mais il arrête ensuite pendant plusieurs mois ses démarches du fait de ses troubles. Lorsqu'il se sent mieux, Marin retourne à la mission locale. Il présente son parcours scolaire marqué par le passage à la clinique à sa nouvelle conseillère. Celle-ci (qui est la même conseillère que celle de Mathéo dont nous décrivons le parcours juste avant), l'oriente alors vers le dispositif spécialisé d'aide à l'insertion dans l'emploi pour des personnes avec un handicap psychique. Désireux d'avoir un accompagnement renforcé, Marin accepte tout de suite de déposer un dossier à la MDPH pour pouvoir accéder au dispositif.

Xavier a été accompagné par Primevère. Lorsque les activités de cette association ont dû cesser, le suivi de Xavier a été transféré à l'association Bruyère. Xavier a été orienté vers cette structure après une longue période de suivi à l'issue de laquelle la conseillère ne sait plus quoi proposer au jeune (au moment de l'entretien, cela fait plus de quatre ans que Xavier est inscrit à la mission locale). Cet accompagnement semble également interroger les frontières entre les dispositifs d'accompagnement du milieu ordinaire et ceux spécialisés dans le handicap psychique.

« Primevère c'était parce qu'il continuait à venir me voir, sauf que moi, j'étais... j'étais pas en capacité de faire son accompagnement quoi, je ne suis pas psycho de formation et puis que moi, j'arrivais à saturation en fait voilà et que je... je ne savais plus comment prendre les choses avec lui puisque systématiquement, il faisait l'inverse, voilà. » (Conseillère Mission Locale)

La question de la formation des professionnels de mission locale sur les troubles psychiques est fréquemment revenue (nous y reviendrons dans le dernier point de ce chapitre). Cela pose également

la question du moment du transfert du suivi et des déterminants de ce transfert. Un étiquetage psychiatrique semble jouer fortement en faveur d'une transmission de l'accompagnement vers un dispositif spécialisé, comme c'est le cas avec Mathéo et Marin.

Marin et Mathéo sont accompagnés par la même conseillère de la mission locale. Ces deux jeunes ont très rapidement parlé de leurs problèmes de santé psychique à leur conseillère : soit en donnant un diagnostic (Mathéo), soit en présentant leur parcours scolaire au sein du service spécialisé en psychiatrie d'une clinique (Marin). Ces deux jeunes se sont présentés à la mission locale avec un projet soit de reconversion professionnelle, soit de constitution d'un projet. A partir de cela, la conseillère de mission locale leur a parlé de l'accompagnement spécialisé dans l'élaboration d'un projet professionnel pour des jeunes avec des troubles psychiques qu'il était possible d'avoir avec un récépissé de dépôt de dossier à la MDPH. Du point de vue de cette professionnelle, le diagnostic ou le passage dans une structure étiquetée « psychiatrie », légitime d'une part qu'elle ne réalise pas l'accompagnement et d'autre part qu'elle oriente vers un dispositif spécialisé dans le handicap psychique.

« Parce que lui, il avait déjà un diagnostic de posé. Donc, ça a été très vite, c'est pour ça que je me suis permis d'aller aussi vite aussi. Au premier rendez-vous, voilà, troubles bipolaires, hospitalisation, suivi par CMP et tout. Donc voilà. J'ai envie de dire : « nous on était le dernier maillon, voilà, de la chaîne » et puis oui, ça a été vraiment le petit coup de pouce pour qu'il fasse sa demande auprès de la MDPH.

Et donc, il n'a pas vu la psychologue ou la référente santé ?

Non, non, il était déjà accompagné, c'était pas sa demande. Sa demande, c'était de travailler sur l'orientation professionnelle. Donc moi, je lui ai présenté la PAS et je lui ai présenté les professionnels de Bruyère, voilà, qui allaient faire ce travail d'accompagnement sur le projet en tenant compte de sa problématique santé. Voilà. Parce que nous, on n'est pas formé, on n'est pas habilité, donc... Et il a tout de suite adhéré. » (Conseillère Mission Locale)

L'entrée de ces jeunes dans ces dispositifs du champ du handicap relève pour Mathéo et Marin du poids de l'étiquetage de la psychiatrie, et pour Xavier de l'accompagnement en milieu ordinaire qui épuise toutes les ressources existantes sans aboutir à une insertion dans l'emploi.

1.2 Des associations à l'interstice des secteurs de l'action publique

En parallèle des dispositifs nécessitant une reconnaissance institutionnelle d'un handicap, de nombreuses structures de droit commun visent également l'insertion dans l'emploi. Certaines d'entre elles émanent de politiques publiques. D'autres structures, associatives, sont à l'interstice de ces services pensés par l'état. Ce point dresse un panorama de ces dispositifs et éclaire des représentations

des normes occupationnelles légitimes socialement de la jeunesse et leur traduction concrète dans les politiques publiques.

1.2.1 Des associations nées de projets locaux, alternatives aux normes occupationnelles des politiques publiques

Le territoire sur lequel nous avons effectué notre recherche est riche en structures associatives. Certaines d'entre elles ont été citées par les professionnels de l'insertion dans l'emploi comme des partenaires dans l'accompagnement du jeune. Nous décrivons ici le travail de deux associations, que nous nommerons Chêne et Figuier.

L'association Chêne vise un public de « jeunes en difficulté » et a pour mission leur « réinsertion sociale par l'action artistique et culturelle ». Elle tient à maintenir de la mixité dans le profil des publics qu'elle accueille et insiste sur le caractère potentiellement temporaire des difficultés que peuvent rencontrer les jeunes. L'association Chêne se compose de professionnels non soignants, pose pour principe la distance avec le diagnostic psychiatrique et insiste tout au long de l'entretien que nous avons réalisé avec eux sur le rôle de l'environnement social et les épreuves de la jeunesse contemporaine dans la souffrance psychique.

« Après, la problématique étant une problématique en général de fragilité et j'ai envie de dire qu'elle est presque à 80% toujours liée au psychique, à des degrés différents. Mais si quelqu'un arrive ici, même s'il n'a pas une pathologie de diagnostiquée, à la base il arrive au 36ème dessous. On ne peut pas dire qu'il a vraiment un gros moral quand il arrive. Ça, c'est une constante. Ça peut être repéré ou pris en charge par un le service de consultation en psychiatrie pour jeunes quand on est vraiment sur des trucs spécifiques voire un CMP ou autre. Ce n'est pas le cas de la mission locale. Ils ne sont pas formés pour ça. Il y a quand même un paquet qui arrive par ce biais et puis surtout, on a tendance aussi à restreindre les problématiques de la jeunesse à un seul type « bon, alors lui, il est psychotique » Alors, il n'est que psychotique... pour la vie. Les carences affectives, les problématiques d'emploi, le lien social... fff ! Ça passe à la trappe : « il est psychotique », donc, voilà ! Ou il est sans emploi : bon, ben, il n'est que sans emploi. De toute façon, il n'a pas d'autre problème dans la vie. Or, la difficulté avec les problématiques de la jeunesse, elles sont multiples et simultanées, alors, bonne chance ! » (Professionnel, Association Chêne)

Les jeunes qui entrent dans l'association sont orientés par des professionnels de structures sociales, médico-sociales ou sanitaires. C'est ainsi que la mission locale par exemple, oriente des jeunes vers Chêne. Un conseiller de Mission locale nous parle par exemple de la situation d'un jeune homme qui rencontre de très nombreuses difficultés dans sa vie quotidienne, du fait de troubles psychiques. Il est

accompagné par la mission locale et par l'association Primevère. Pour ce jeune, la participation aux activités de chêne est décrite en termes de « petits pas » qui le rapproche du travail.

« Au départ, il y avait le poids du traitement. En fait, lui donner un rendez-vous le matin, ce n'était pas possible. Il y avait ça, surtout. Et il pouvait exprimer une difficulté à aller vers les autres et même, presque une phobie, parce que prendre le bus, ça faisait beaucoup de monde dans le bus, c'était compliqué. Aller, par exemple, à la CPAM ou ce genre de guichet où il y a beaucoup de monde aussi, c'était vraiment difficile. Là, il a progressé là-dessus. Et puis sur le plan personnel, il vit avec sa copine sur le quartier et il va être papa, je pense, dans peu de temps. Il y a quand même une belle évolution sur le plan personnel.

A un moment donné, on a pris rendez-vous avec son accompagnatrice pour que moi, je comprenne aussi sur quoi il était, où il en était. Finalement, ce que j'ai fini par comprendre c'est que, déjà, il se rend à ses rendez-vous avec son accompagnatrice, assez régulièrement. Et Primevère, c'est sur Villerose, mais ce n'est pas tout près du quartier, donc, par rapport à sa difficulté à se déplacer, à aller vers les autres, ça pouvait le forcer à travailler cette question-là. Et puis, il va souvent à ses rendez-vous. Donc, c'était vraiment sur ces petits objectifs-là, ou ces petites satisfactions-là qu'on est.

Maintenant, il faudrait qu'il y ait des actions qui se mettent en place un peu plus conséquentes, qu'on comprenne un peu mieux où est-ce qu'on va et : « qu'est-ce que tu attends de l'accompagnement avec Primevère ? » Et puis, c'est là où il a participé à un projet de Chêne. Je pense que c'est sur une dizaine de semaines, un truc comme ça, deux mois, deux mois et demi avec « Chêne » ; des rendez-vous une fois par semaine où il a dû pratiquer la menuiserie, enfin, s'intéresser à des trucs, fabriquer un luminaire. C'était un projet sympa et il s'est investi, apparemment, du début à la fin. Donc, ça avance petit à petit mais, je ne sais pas... je trouve quand même que... Là, aujourd'hui, le stage chez le vétérinaire et l'idée de travailler, mais qui va être mis en standby avec l'arrivée de son petit ou sa petite.... C'est peut-être mon regard mais j'ai l'impression que c'est vraiment des petits pas. Peut-être que c'est ce qu'il faut aussi, je ne sais pas. » (Professionnel, Mission locale)

L'idée de cette orientation c'est de permettre au jeune de sortir de se réapproprier des compétences utiles pour son insertion professionnelle, par un biais, artistique et culturel, différent de ce que peut proposer la mission locale.

« Les partenaires, en fait, vont proposer à des jeunes de participer à ces actions et eux vont se mobiliser ou pas, dessus. L'idée étant bien que, comme on a des fiches de prescription à la base, on sait grosso modo quelles sont les problématiques pour lesquelles on les oriente, pour lesquelles on va devoir agir. On est très souvent sur des questions de lien social, d'isolement, d'acquisition de compétences transférables, de savoir-faire transférables. On est beaucoup sur du lien, sur de la confiance en soi aussi, voilà. On peut avoir des problématiques addictives par moments. Il y a un peu de tout par rapport à ça mais si je devais vraiment aller faire deux gros blocs : il y a le lien social d'un côté et l'insertion pro et les savoir-faire de l'autre. » (Professionnel, Association Chêne)

L'activité de l'association Chêne permet également de sortir de l'isolement dans lequel peuvent se trouver les jeunes et ainsi de répondre à l'objectif d'insertion sociale fixé par la mission locale. Ce partenariat et son fonctionnement fait écho aux propos d'Ingrid Voléry sur la constellation d'association qui se développe autour des structures de droit commun visant l'insertion sociale et professionnelle (pôle emploi, mission locale) (Voléry, 2007). Cette division des tâches sectorisée répond selon Ingrid Voléry à une volonté de ne pas créer de confusion entre les secteurs d'action publique : social, médico-social, sanitaire. Cette division du travail est également marquée par un impératif des associations à se tourner, dans un contexte de restriction budgétaire, vers leur champ d'action historique, voir même, restreignent leurs pratiques sur un domaine spécifique. Les différents acteurs locaux perçoivent leur travail comme complémentaire les uns aux autres.

« A Chêne, on n'est pas une structure de substitution aux structures sociales. On est une structure de complément. » (Professionnel, Association Chêne)

« Le boulot, pour nous, ce que je disais tout à l'heure, c'est vraiment de la réinsertion, de la remobilisation que ces jeunes là – qui sont sur le bord du chemin – remettent le pied à l'étrier, après, ce qu'ils font... quand ils sont montés sur le cheval, ce n'est presque plus mon problème. C'est le problème de la structure sociale. » (Professionnel, Association Chêne)

« On arrive à avoir des résultats où certains sont bluffés par le boulot qui est fait ici par leurs jeunes, que jamais, ils ne feraient dans leur structure : « comment vous faites ? ». Ben, déjà, on les fait respirer et on les sort de tout le truc dans lequel ils étaient. Et c'est parce qu'on a un rapport individualisé avec eux qu'il va se passer quelque chose. Alors, je ne mets pas en cause la façon dont fonctionne le social aujourd'hui. Il y a des problématiques qui sont... ! Mais il y a un peu de ça. Parfois, quand on est sur des structures qui ont énormément de dossiers à gérer, qui ont juste un quart d'heure par mois à consacrer à une personne, pouh ! Il ne faut pas s'attendre à ce qu'il y ait des miracles qui soient faits. Mais ces problématiques, notamment, si je prends par exemple des problématiques d'emploi avec des jeunes qui ne sont pas forcément identifiés comme ayant des troubles psy, l'image de soi est primordiale. Ils arrivent ici, ils ont une image d'eux-mêmes qui est fff ! Qui n'est carrément pas bonne. La confiance en soi, je ne vous parle même pas. Si progressivement, par le travail qu'on va faire avec eux, on n'arrive pas à leur donner confiance, ce n'est même pas la peine d'espérer qu'un jour, ils vont aller chercher du taf. Ils en sont incapables puisque de toute façon, ils sont nuls, ils sont mauvais, ils sont, ils sont, ils sont tout ce qu'il y a de pire. Nous, c'est ce qu'on entend en permanence « je n'y arriverai pas. Je suis nul, je suis trop ci, je suis trop ça »- « Bon, ben, non ! Tu vas voir ». Et à partir du moment, par exemple, pour certains ils vont récupérer cette confiance en eux, ils vont pouvoir commencer à se projeter, à se dire « ah, ouais, tiens ! Oui, si ! J'aimerais bien faire cette formation électricien ou ça, ça m'intéresse », bon. Et c'est là où il faut que ça bascule avec la structure qui va dire « attends, il faut que je me débrouille pour lui trouver une formation en électricité, par exemple, maintenant, parce que ça y est, c'est le moment. » » (Professionnel, Association Chêne)

Cette complémentarité des acteurs ne va pas sans poser de problème de coordination entre les structures et pour les jeunes eux-mêmes. Ces derniers peuvent en effet se trouver engagés dans une multitude d'actions à entreprendre avec différentes structures.

« D'autant, quand on est un jeune dans une structure x ou y avec quatre fins de projets à gérer en même temps, s'insérer, trouver un logement, faire du bénévolat ici, faire ci, faire ça, pour JUSTIFIER de son statut de personne en minima sociaux ou d'assisté. Et parfois, je me dis que ces gamins là pour certains, ont dix fois plus d'activités que les mêmes de quartiers aisés qui font juste du piano et du tennis. Et se dire « mon petit bonhomme, ça va ». Mais ça pose une question derrière, c'est que quand ils ont un empilement de projets à mener plus ou moins simultanément, où se place le nôtre de projet ? On est le premier, on est le cinquième, on est le sixième ? Et quand on nous dit « ben, non, il n'est pas là, il est en stage », « oh, ben, oui mais putain ! Vous avez le planning depuis six mois, vous savez qu'il doit être là pour jouer la représentation et vous dites qu'il a un stage ! » (Professionnel, Association Chêne)

Il y a parfois des incompréhensions entre les partenaires sur les priorités ou les engagements qu'ils posent aux jeunes.

Ben, oui. Oui. Et quelle est la nécessité de leur filer autant d'engagements ? Parce que déjà pour quelqu'un qui est bien portant. Et ça, déjà, ça peut être lourd à porter alors quelqu'un qui en plus vulnérable, leur en mettre plein la musette, quel est le sens de ça ? Ce n'est pas une généralité mais on l'observe régulièrement » (Professionnel, Association Chêne)

Les propos de ce professionnel entrent en résonance avec le travail de Pauline Blum et Samuel Neuberg sur l'occupation du temps « légitime » par les professionnels de l'insertion sociale et professionnelle (Blum, Neuberg, 2019). Dans sa thèse, Pauline Blum présente en détail la manière dont les professionnels de SAMSAH travaillent à ce que les jeunes aient des activités dont la teneur est jugée légitime au regard des missions du service (Blum, 2017). Ils opèrent un travail de normalisation des activités quotidiennes des jeunes (se lever le matin, ne pas passer un temps jugé trop important sur son ordinateur, ...). Ainsi, certains jeunes que nous avons rencontrés ont des activités institutionnelles quotidiennes, entre les activités de soin, les démarches administratives, rendez-vous avec leurs conseillers en insertion, projets et activités proposées par d'autres structures qui les accompagnent.

L'association Figuier existe depuis cinq ans au moment où nous en rencontrons le fondateur. Issu d'un milieu professionnel artistique, ce dernier s'est impliqué en tant que bénévole dans un premier temps au sein d'un groupe d'entraide mutuelle. Ayant une formation en informatique, il a été sollicité pour animer des ateliers sur ce thème. Il acquiert alors la conviction qu'il est possible de travailler la réinsertion professionnelle des personnes avec des troubles psychiques à partir d'activités dans l'informatique.

« L'informatique c'est un très bon outil mais pas pour tous. Il ne faut pas non plus se gausser d'une illusion web-thérapie et trucs à la con, là. Il y a plein d'éléments. Un élément tout bête que je pense qu'en tant que sociologue, tu vas tout de suite capter, c'est l'engouement parce que c'est très à la mode, c'est très in, c'est très classe, c'est vachement bien donc, c'est déjà revalorisant de faire un métier dans lequel les gens t'apprécient parce que tu arrives avec des compétences qui sont originales et étonnantes et appréciées par les gens autour de toi. Déjà ça, ça paye déjà un maximum. Ça déjà, ça attire les gens. Ça, c'est une première porte d'entrée, plutôt pour les faire venir ou les attirer. » (Professionnel association Figuier)

Il crée alors un partenariat entre le GEM et l'association Primevère qui propose une offre de service en informatique. Des personnes avec des troubles psychiques travaillent sur des commandes rémunérées. L'objectif final du créateur de Figuier est de monter une entreprise adaptée dans le secteur de l'informatique.

« Après maintenant, si on parle des gens vraiment chronicisés dans leur pathologie et dans leur psychose ou dans certains formes d'autisme, au Figuier, c'est toujours un peu la difficulté pour eux, il y a beaucoup de souhaits de vouloir retourner vers le milieu ordinaire et là, ils se confrontent à la normalisation du milieu ordinaire et en général, rentrer dans le moule et ne pas faire de vagues et pour eux, ce n'est pas possible de ne pas faire de vagues parce que leur vie est une vague. » (Professionnel association Figuier)

L'association du Figuier se trouve dans l'interstice entre les entreprises relevant du champ du handicap et le milieu ordinaire. Elle s'inspire du modèle des « Club house » né aux Etats Unis et qui promeut « un lieu de vie créé pour et avec des personnes fragilisées par les effets de troubles psychiques dans le but de faciliter leur socialisation et leur réinsertion professionnelle¹³⁴. » Le Club house revêt une dimension supplémentaire par rapport au GEM, celle de l'insertion professionnelle. Ce modèle vise à travailler sur des compétences professionnelles de la personne, en s'adaptant à ses problématiques.

Les « membres » de l'association du Figuier viennent travailler trois jours par semaine. L'association accueille environ 80 personnes. Au départ, les personnes étaient orientées par le GEM. Elles le sont aujourd'hui par le biais de l'hôpital psychiatrique, de l'association Primevère ou encore de SAVS. Concernant le profil des personnes, peu ont moins de 30-35 ans.

« On va dire moins de 35, si tu dis jeunes... je ne sais pas une petite dizaine, peut-être un peu plus. Mais très souvent... quand tu dis la décompensation se fait à la fin de la sortie de l'adolescence ou au tout début de leur vie d'adulte, de nos vies d'adulte, entre 17 et 25 ans, on va dire en moyenne. Souvent là, c'est des grosses périodes d'hospitalisation et de retour à l'hôpital et de traitements et de difficultés à prendre le traitement, de rechutes, de machin, de bidule. C'est des périodes très laborieuses, très difficiles. Tous les jeunes que j'ai ou presque,

¹³⁴ Source : <https://www.clubhousefrance.org/l-association/le-modele-clubhouse/>, consulté le 24 septembre 2019

souffrent de syndromes autistiques qui, eux, sont déjà là depuis très longtemps donc, ils sont habitués à vivre avec. Après, en dessous de 30 ans, est-ce que j'ai des schizophrènes ? Non. Objectivement, je pense que non. En dessous de 30 ans, j'ai de l'autiste, oui. Je vais avoir des artistes, des gens avec des troubles autistiques. En dessous de 30, je ne vais pas avoir beaucoup de troubles psychotiques. Au-dessus de 30, oui, je vais les rencontrer parce qu'ils auront passé cinq ou dix ans à essayer de sortir du merdier qu'est la décompensation psychotique. »
(Professionnel association Figuier)

S'il n'est pas obligatoire d'avoir un dossier à la MDPH pour entrer dans l'association, selon son directeur, tous les membres ont une AAH. Ils peuvent avoir des diplômes dans l'informatique, ou bien venir pour se former car ils ont des diplômes dans d'autres secteurs ou pas de diplôme. Il y a une très grande majorité d'hommes dans l'association, du fait du caractère genré de l'activité informatique selon le professionnel que nous avons rencontré.

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, aucun n'a été accompagné par ces structures. Nous les avons toutefois présentés car elles font parties du panorama local des acteurs de l'accompagnement et notamment de ceux à l'interstice entre les structures publiques et le milieu ordinaire du travail. Sur Villeroze, les personnes avec des troubles psychiques ont des possibilités (bien que limitées par les financements précaires des associations) de bénéficier de ce type de service offrant une offre de socialisation alternative à celle pensée par l'Etat. Ces associations sont également des lieux où l'insertion dans l'emploi peut être travaillée de façon différente à celle proposée par les structures. Si le choix des activités artistiques n'est pas rare dans les groupes d'entraide mutuelle par exemple, il est plus rare de penser à sa réalisation comme un espace de développement de compétences professionnelles.

De même, l'offre de travail pour des personnes avec des troubles ou un handicap psychique semble plutôt rare dans le domaine de l'informatique. Les établissements de type entreprise adaptée ou ESAT proposent en effet principalement des activités manuelles, comme en témoigne cette professionnelle de MDPH :

« Je regrette profondément que les établissements médico-sociaux qui accueillent des jeunes malades psychiques, mais des vieux aussi de toute façon, enfin des plus vieux on va dire parce qu'après 60 ans ils ont le droit de prendre leur retraite, ne leur propose que des ateliers jardinage, des ateliers restauration, des ateliers je vous dis abatage de volaille, enfin tout ça. Bien souvent ce sont des jeunes quand même, pour beaucoup oui, qui ont fait des études, qui ont fait des études supérieures brillantes. Et malheureusement la représentation qu'ont les gens encore en général c'est que quand on a fait des études on fait pas un travail manuel et on ne fait pas un travail de sous-traitance. Et je suis sûre que ça, ça doit aussi dévaloriser les personnes concernées elles-mêmes. Alors qu'il faille lutter contre ça moi je suis complètement d'accord, ça fait longtemps que je suis persuadée qu'il faut revaloriser le travail manuel. [...] En tout cas moi je regrette que dans tous les établissements et services on ne leur propose que des activités

manuelles. Alors non pas que je dévalorise les activités manuelles c'est pas du tout ça, mais je voudrais que ce soit par choix et non pas par faute de mieux. Pourquoi est-ce qu'on leur ne proposerait pas je sais pas moi peut être des réparations d'informatique enfin j'en sais rien moi, il y a des choses à créer ! » (Professionnelle MDPH)

L'espace associatif permet de penser une offre alternative aux modèles dominants de l'insertion dans l'emploi des personnes handicapées. Pour le professionnel du Figuier, l'offre d'emploi dans le champ du handicap psychique est pensée sur le modèle historique du handicap mental. Ainsi existe-t-il un décalage entre ce qui est proposé et les possibilités intellectuelles des personnes.

« C'est une chose que je ne supporte pas, c'est que les ESAT ont été conçus sur le modèle des personnes en déficience mentale donc, des emplois infra cinq, sans qualification et dans le trouble psy, on a quand même des gens qui ne sont pas tous infra cinq. Il y a des gens qui ont carrément des capacités de faire même mieux, qui peuvent être sans diplôme et sans qualification et qui ont tout à fait les compétences et les capacités cognitives de pouvoir apprendre des métiers. Et à Figuier, on passe notre temps à le démontrer et à le prouver puisqu'une grande partie des gens qui arrivent ici, ils n'ont pas de qualification voire pas le Bac, rien. Et ils arrivent à apprendre le métier de développeur ou le métier d'intégrateur sans problème, à leur rythme, à leur vitesse, à leur façon de faire avec leur originalité, leur singularité, leur étrangeté et je ne sais pas quoi d'autre. » (Professionnel association Figuier)

Si l'offre institutionnelle pour les personnes avec un handicap psychique ne paraît pas adaptée, le travail en milieu ordinaire pour des personnes avec des troubles psychiques est décrit comme potentiellement problématique.

« En tout cas moi, c'est une certitude : dans le milieu ordinaire, classique dans les entreprises... déjà, quand on voit comment les entreprises n'arrivent pas à gérer leurs salariés qui ont une dépression nerveuse alors, comment gérer un schizophrène comme aujourd'hui, Adam qui décompense complètement et qu'il faut gérer avec un cadre extrêmement serré sans aller trop loin, sans... quitte à faire des menaces des gros méchants avec gros yeux en disant : « Si tu continues à me faire chier, je vais appeler l'hôpital psychiatrique et je vais appeler les pompiers », juste pour le menacer, pour essayer de le calmer et de le ramener à la raison. Ça, il faut pouvoir le gérer au quotidien et je ne suis pas sûr que les chefs d'équipe, les cadres ou je ne sais pas quoi, ils soient formés à quoi que ce soit qui aille dans ce sens-là. Ils vont être confrontés à des choses... Je connais des boîtes qui ont fait des expériences mais à chaque fois, ça a été laborieux pour eux. Au bout d'un moment, ils s'épuisent et puis, ils arrêtent parce que c'est épuisant la maladie. Ce n'est pas facile tous les jours. » (Professionnel association Figuier)

C'est ainsi que le professionnel du Figuier défend l'idée de l'importance de structures à l'interstice de ces offres, dont l'entreprise adaptée pourrait constituer une forme institutionnalisée potentielle. Ce changement de statut impliquerait le passage par une demande de RQTH auprès de la MDPH pour les personnes qui souhaiteraient y travailler. Si d'autres acteurs abordent cette tension entre les freins

à avoir un emploi en milieu ordinaire et l'inadaptation des ESAT, ils envisagent souvent d'autres formes de travail (bénévolat par exemple) ou encore d'autres activités non qualifiées de travail (loisirs, etc.).

1.2.2 Des associations aux missions contractualisées avec la région

Les régions sont dotées de compétences en matière de structuration de l'offre de formation pour adulte. La région dans laquelle nous effectuons notre recherche finance des dispositifs visant à la construction d'un projet et au développement de compétences pour l'insertion professionnelle, dont elle délègue la mise en œuvre à des associations. Trois types de prestations sont définis.

La première prestation, que nous appellerons A, s'adresse principalement à un public jeune (entre 16 et 25 ans) en situation de fragilité. Cette fragilité peut venir de situations familiales complexes (avec une part importante de jeunes qui ont connus ou sont encore dans des dispositifs de l'aide sociale à l'enfance), de départ de l'école sans obtention de diplôme ou encore de problématiques de santé. Parmi cette dernière catégorie se trouvent des jeunes avec des troubles DYS tardivement diagnostiqués et qui ont impacté leur scolarité, des jeunes qui ont été « phobiques scolaires » ou encore d'autre avec des troubles psychiques. Le public de jeune avec des troubles psychiques semble augmenter, selon les professionnels d'associations que nous avons rencontrés (plusieurs associations sont financées par la région pour porter ce dispositif).

« Ce qu'on voit... enfin moi, ce que j'ai vu – ça fait un tout petit peu plus de trois ans que je suis à l'association Tulipe – en trois ans, j'ai vu une augmentation notable des publics avec troubles psychiques. C'est-à-dire que la première année où je suis arrivée, j'ai dû avoir deux jeunes qui étaient, on va dire... où on n'a pas su dire tout de suite si c'était un état dépressif ou si c'était autre chose. Là maintenant, on a des sessions quasiment entières où on a, a minima cinq, six jeunes, filles et garçons confondus, où là vraiment, on est obligés bien sûr évidemment de faire appel au partenariat médical, etc., parce que ça va très, très loin. » (Professionnelle de l'association Tulipe).

Les jeunes inscrits dans ce dispositif sont très peu nombreux à avoir un dossier à la MDPH et donc une reconnaissance institutionnelle d'un handicap. Il semble même que la qualification des troubles psychique n'ai été opérée que par un faible nombre d'acteurs.

« Particularité aussi de nos publics, c'est que dans 95% des cas, il n'y a pas de RQTH puisque de toute façon, autant pour eux que pour leurs familles, ils ne sont pas malades. Il n'y a rien, il ne se passe rien, voilà ! » (Professionnelle de l'association Tulipe).

L'orientation vers ce dispositif est effectuée majoritairement par la mission locale et de façon plus

rare par le CCAS et pôle emploi.

Au cours de la prestation, les jeunes alternent entre un suivi de groupe, individualisé et des stages. Ils sont entre 8 et 14 par groupe. Les jeunes inscrits à la prestation perçoivent une rémunération. La prestation a pour objectif premier d'accompagner les jeunes dans leurs démarches d'orientation et dans la découverte de métiers. Dans les faits, cet objectif s'est déplacé vers le développement de compétences sociales, dont l'absence est jugée comme un frein pour l'insertion professionnelle.

« C'est-à-dire que quand je suis arrivée, je sais que moi, on m'a dit : « Bon, le public de la prestation, c'est un public un petit peu difficile mais bon, c'est des jeunes qui ont envie... » Là, l'envie, on ne la perçoit plus trop, en fait. On a dû revoir en fait – parce que j'ai vécu l'appel d'offre précédent quand je suis arrivée – et là on a introduit totalement l'idée dans un premier temps, avant de parler d'orientation professionnelle parce que c'était ça le but premier de la prestation. C'est : « Je travaille un projet, je travaille mon CV, je découvre des métiers. » Alors déjà, on va apprendre à être à l'heure, l'équilibre alimentaire, la gestion du budget, etc., et le travail sur tous les freins périphériques. Donc, on a une période comme ça qui peut durer toute la prestation, avec certains. L'entrave véritablement à l'insertion, ce sont ces freins périphériques cumulés c'est-à-dire ils n'en ont jamais qu'un seul. On a eu souvent le cas aussi... alors c'est pareil, est-ce que c'est trouble psychique ou pas ? Je ne sais pas. » (Professionnelle de l'association Tulipe).

Dans leurs propos, les professionnels semblent souvent confus quant à ce qui relève ou non de troubles psychiques. Dans tous les cas, ils décrivent des situations de jeunes en grande vulnérabilité et pour lesquels, l'emploi n'est pas posé comme étant la problématique la plus urgente à régler. La prestation apparaît alors comme un filet de sécurité social pour ces jeunes. Une professionnelle que nous avons rencontrée décrit cette situation et s'interroge sur l'invisibilité de ce public de jeunes confrontés à des troubles psychiques et dans des situations sociales parfois très précaires mais faiblement visibles.

« On a vraiment tous besoin de ce genre d'études, rien qu'aussi pour se dire qu'il y a un intérêt pour ces publics. Je ne vais pas mentir, des fois ils nous agacent. Des fois on les trouve un petit peu pénibles mais je suis sidérée par le fait qu'il n'y ait rien destiné à eux. Les visites de CFA, etc., c'est prioritairement pour les scolaires. Tout ce qui est présentation aussi des métiers, il y a quand même des circuits fermés pour les scolaires. Il y a des entreprises pour les stages qui ne prennent que des scolaires. C'est-à-dire qu'à un moment donné, c'est quand même des petits jeunes, ils ne sont quand même pas très, très vieux, qu'est-ce qu'on leur propose ? Honnêtement, là, il y a ce dispositif, heureusement mais qu'est-ce qu'il y a autour ? Moi, j'ai des jeunes en face de moi qui sont à la rue, qui n'ont pas de quoi manger. La mission locale fait ce qu'elle peut, attention, mais on ne peut même pas leur débloquer des aides d'urgence juste pour manger, enfin ! On a des mineurs qui sont à la rue ! Pourquoi est-ce qu'on n'en parle jamais ? » (Professionnelle de l'association Tulipe).

Une seconde prestation (B) accueille également des jeunes avec des troubles psychiques, bien qu'elle ne soit pas spécialisée dans l'accompagnement de ce type de public. La prestation B est destinée aux personnes qui rencontrent des difficultés dans leur insertion professionnelle (sans la dimension de « vulnérabilité » présente dans la prestation A). Il s'agit d'un accompagnement dans la construction du projet professionnel des personnes. Autre différence avec la prestation A, il n'y a pas de travail sur les compétences professionnelles (savoir-être et savoir-faire). Les jeunes inscrits à la prestation perçoivent une rémunération.

Si nous n'avons pas réalisé d'entretien avec des professionnels de ces associations, nous savons qu'ils accueillent des jeunes avec des troubles psychiques puisque des professionnels de la mission locale nous ont indiqué y orienter des jeunes avec cette problématique de santé. Par ailleurs, parmi les 14 jeunes rencontrés via la mission locale, 5 ont suivi cette prestation. Si selon les jeunes, cet accompagnement les a confortés dans leur projet professionnel, aucun d'entre eux n'a ensuite réalisé de formation ou a travaillé dans le secteur qu'il ciblait. Ils ont après la prestation repris le suivi avec leur conseiller de mission locale.

1.3 Des structures de droit commun

Notre population d'enquête, c'est-à-dire des jeunes avec des troubles ou un handicap psychique, peut également être accompagnée par des structures de droit commun : pôle emploi (pour tout public), la mission locale (pour les jeunes de 16 à 25 ans). Ces structures sont mandatées par l'Etat pour accompagner vers l'emploi leurs usagers.

Pôle emploi est apparu dans les entretiens comme une des structures qui oriente vers la mission locale ou des dispositifs spécialisés comme Cap Emploi pour les personnes avec un dossier MDPH.

Il en va de même pour l'accompagnement des personnes ayant le RSA. Les conseillers de mission locale ou encore ceux de l'association Primevère, indiquent que certains jeunes, après un accompagnement par la mission locale qui n'aboutit pas à une insertion dans l'emploi, demandent le RSA et sont accompagnés dans ce cadre par des Animatrices Locales d'Insertion (ALI) du conseil départemental. Pendant un temps, les ALI avaient la possibilité d'orienter leur public vers l'association Bruyère, lorsqu'elles percevaient chez ses personnes des troubles psychiques. Bruyère avait pour cela communiqué un tableau décrivant les difficultés spécifiques aux troubles psychiques, qui devaient permettre aux ALI d'évaluer la nature psychique ou non des difficultés des personnes et ainsi de décider de l'orientation vers un accompagnement spécifique aux troubles psychiques.

Nos autres entretiens nous permettent de savoir que ces acteurs (pôle emploi et accompagnement RSA), accompagnent mais aussi orientent au moins pour une partie des situations, vers d'autres structures spécialisées lorsque des difficultés psychiques sont qualifiées (notamment, avant qu'elle ne soit fermée, l'association Primevère).

Les missions locales sont des structures associatives, créées en 1982 suite au rapport de Bertrand Schwartz « sur l'insertion professionnelle et sociale des jeunes » (Schwartz, 1982). Bertrand Schwartz était mandaté pour la réalisation de ce rapport par Pierre Mauroy (gouvernement de François Mitterrand) pour appréhender la problématique du chômage des jeunes. Son rapport préconise une approche globale de l'insertion des jeunes, non pas seulement centrée sur la formation et l'emploi mais sur l'ensemble des composantes de l'environnement de vie du jeune : logement, santé, justice, loisirs, sport, culture, etc.

« Elles [Les missions locales] ont pour rôle d'accompagner les jeunes dans leur parcours d'accès à l'emploi et à l'autonomie, en prenant en compte la globalité des difficultés qui peut se poser dans leur insertion dans la société. Voilà. Donc le rôle des Missions locales, c'est d'intervenir à la fois sur les situations individuelles puis à la fois, d'intervenir sur l'environnement lui-même de l'insertion des jeunes, pour que celui-ci bouge et que les jeunes trouvent leur place dans la société. C'est comme disait Bertrand Schwartz, le fondateur des missions locales : « Notre société est un mur de pierres sèches ». Vous savez ce que sont, les murs de pierres sèches ? C'est un mur où les pierres sont posées les unes sur les autres et qui tient comme ça. Et donc, il n'y a jamais d'interstice pour qu'un jeune puisse trouver sa place. Donc notre objectif, nous, c'est que les jeunes trouvent leur place dans un mur de pierres sèches. Voilà. Et donc, elles accompagnent les jeunes âgés de 16 à 25 ans, comme je disais. Elles mobilisent l'ensemble des ressources de leurs territoires pour apporter des réponses à leur situation, avec trois dimensions : du volontariat, aucun jeune ne vient parce qu'il est obligé de venir nous voir. Deuxièmement, libre choix. C'est-à-dire on travaille toujours avec les jeunes sur la construction de projet qui sont les leurs et pas les nôtres. Et donc ce qu'on leur propose, ils ont la liberté de choisir ou non, un peu comme la loi de 2002, un peu les mêmes dimensions. Et puis troisièmement, la prise en compte globale de l'ensemble de leurs besoins. » (Membre de l'Union Nationale des Missions Locales)

Les missions locales sont des structures de droit commun, ouvertes à tous les jeunes entre 16 et 25 ans. De ce fait, elles accueillent également des jeunes avec des troubles psychiques parmi leur public. La restriction de l'accès à la mission locale du fait de troubles psychiques serait en effet une discrimination qui va à l'encontre des principes de cette structure. De plus, même pour les personnes avec une reconnaissance d'un handicap psychique auprès d'une MDPH, c'est le statut de jeune qui prime sur l'étiquette du handicap.

C'est également cette absence d'étiquetage sanitaire ou médico-social de la mission locale qui peut motiver une partie des jeunes à solliciter un accompagnement dans cette structure. Ces jeunes n'annoncent pas forcément leurs difficultés psychiques ou leur passage dans des structures spécialisées. Cette stratégie de gestion du stigmaté (Goffman, 1963) est régulièrement décrite par les professionnels de la mission locale qui disent apprendre tardivement dans leur accompagnement les difficultés psychiques des jeunes, voir même leur reconnaissance par une MDPH d'un handicap.

De nombreux professionnels de mission locale indiquent une forte augmentation des troubles psychiques chez les jeunes qu'ils accompagnent.

« On est de plus en plus confrontés à ce genre de situation, les troubles psys. Et on est tous, tous unanimes hein, enfin là sur le groupe d'analyse de situation, on était une quinzaine de collègues qu'on soit conseillers emplois, les conseillers emplois moins parce qu'on leur envoie que quand les personnes sont prêtes à l'emploi, mais conseillers garantie jeunes ou conseillers généraux comme nous, on dit bien qu'on est de plus en plus confrontés à des personnes ayant des troubles, qu'on n'explique pas. » (Conseiller de Mission locale)

Ce constat est nuancé par la direction de la mission locale ou encore par des conseillers travaillant dans la structure de longue date, qui indiquent que la problématique a toujours été très présente et que ce discours sur l'augmentation des troubles revient régulièrement. Nous ne disposons pas d'enquête quantitative sur la question qui nous permettrait de répondre à la question de l'augmentation des troubles psychiques dans le public de la mission locale¹³⁵. Toutefois, le discours dominant parmi les professionnels est celui de la croissance du phénomène.

Nous avons réalisé des entretiens dans différentes missions locales dont principalement celle de Villerose. Par ce biais, nous avons rencontré 14 jeunes accompagnés par cette structure.

Les jeunes accompagnés à la mission locale peuvent être suivis par différents professionnels. La mission locale de Villerose se compose de différents types de professionnels : des conseillers généralistes, des conseillers en insertion professionnelle, une conseillère en éducation sociale et familiale. Pour les questions de santé, la mission locale dispose également d'un conseiller spécialisé et d'un psychologue. Les conseillers peuvent faire appel à ces deux professionnels lorsqu'ils détectent des problématiques de santé. Ce sont eux qui ensuite sollicitent des partenaires extérieures lorsque cela leur paraît nécessaire. L'existence de ces deux postes s'inscrit dans l'approche globale du jeune et de son insertion, tel que décrit dans le rapport Schwartz. Toutes les missions locales ne disposent pas de ce type de professionnels. Nous avons également été dans des missions locales qui, elles, ont une

¹³⁵ Nous présentons toutefois dans le point 2.1 de ce chapitre des hypothèses explicatives à cette description de l'augmentation du nombre de jeunes confrontés à des troubles psychiques à la mission locale.

personne spécifiquement en charge du handicap. Ce n'est pas le cas à Villerose, même si la conseillère en charge des questions de santé ou encore celle qui assure les permanences de l'association Aster à la mission locale, renseignent les jeunes sur toutes les questions de reconnaissance du handicap et peuvent les aider à remplir un dossier pour la MDPH.

Les jeunes accompagnés à la mission locale peuvent être orientés vers un dispositif porté par un partenaire de la mission locale, comme par exemple ceux proposés par les associations Bruyère, Astaire, Chêne, Figuier ou encore une prestation visant à travailler les compétences et le projet professionnel, telles que celles traitées dans le point précédent. Ils peuvent également s'inscrire dans un dispositif interne à la mission locale. La proportion de jeunes avec des troubles psychiques semble particulièrement importante dans certains de ces dispositifs : la garantie jeune, le Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi (PLIE) jeune ou encore un dispositif pour les jeunes sans domicile fixe.

1.3.1 La Garantie jeune

La Garantie jeune est un dispositif destiné à des jeunes entre 16 et 25 ans, en grande précarité (dont les revenus sont inférieurs à 492,58 euros par mois, qui ne vivent plus chez leurs parents ou s'ils vivent chez leurs parents ne reçoivent pas d'aide de leur part) et qui ne sont ni en emploi, ni en formation ni en étude. Ce dispositif cible des jeunes catégorisés comme « NEET » et vise leur insertion dans un emploi ou une formation. La garantie jeune a été expérimentée dans dix départements dès l'automne 2013, puis 10 supplémentaires l'année suivante, avant d'être généralisée sur toute la France le 1^{er} janvier 2017. La garantie jeune s'inscrit dans le cadre du Parcours Contractualisé d'Accompagnement vers l'Emploi (PACEA). Les jeunes inscrits en Garantie Jeune ont une allocation mensuelle de 492,58 euros maximum, cumulable avec des revenus d'activité dans la limite de 300 euros par mois (au-delà, l'allocation est dégressive). L'accompagnement garantie jeune dure un an, pendant lequel les personnes alternent entre des ateliers en groupe, un suivi individuel ou encore des mises en situation professionnelle. Le contenu de la garantie jeune n'est pas formalisé par l'Etat, ainsi de grandes différences dans la mise en œuvre du dispositif sont observées selon les territoires. De même, la sélection des jeunes n'est pas opérée de la même manière.

Sur notre territoire d'enquête, les professionnels nous indiquent que le mode de recrutement des jeunes est fortement lié aux modalités de financement du dispositif, qui se fait principalement à partir des entrées et de manière moins importante avec les modalités de sortie du dispositif.

« Les critères d'entrée en fait ont un peu bougé, on est moins regardant puisque nous on est financé à l'entrée sur le dispositif. Donc le financement, il est sur une entrée qui est sur le

dispositif. Il y a une petite partie sur la sortie. [...] Et en fait de faire ça, ben ça incite beaucoup à prendre plein de monde. Nous forcément, on a du budget prévisionnel et qui se fait sur... ben chaque binôme peut accueillir 100 jeunes, une entrée de jeunes ça fait tant, donc voilà, c'est un budget prévisionnel qui est sur ça. Et si on est en bas de ce chiffre-là, ça fait baisser notre prévisionnel. Donc du coup, c'est sûr qu'il y a une grosse pression sur les conseillers prescripteurs à positionner des jeunes qui ne sont pas forcément prêts à l'emploi, qui ne sont pas forcément autonomes, mais qui ont une grande précarité financière. » (Conseillère garantie jeune)

Ainsi, en négociant un nombre important d'accompagnement, la mission locale augmente l'enveloppe qu'elle reçoit pour mettre en œuvre la garantie jeune. Cela a comme impact, entre autre, d'élargir les critères de sélection d'entrée dans le dispositif et de changer le profil des jeunes qui y sont inscrits.

« Et qu'est-ce qui fait que le public a changé ?

Ben je pense que c'est notre course au nombre d'entrées. On doit faire entrer 600 jeunes à l'année. Ça fait beaucoup. Surtout que comme on a des antennes, en fait c'est une volonté politique d'avoir des antennes, sauf que t'as pas assez de jeunes sur le territoire. Par exemple, VilleBleu qui est en plus un territoire riche, ben t'as pas assez de jeunes en précarité financière. Ce n'est peut-être pas pile au moment où machin, précarité financière plus le stress, plus ils sont motivés pour rentrer. Donc on n'arrive pas à les trouver, donc ben forcément, ça... on a des jeunes qui sont... Il y a juste le critère de précarité financière qui est le critère légal État et qui est très facilement identifiable, plutôt que la motivation. » (Conseillère Garantie jeune)

Concernant les changements dans le profil des jeunes qui contractualisent une garantie jeune, les conseillers observent une hausse des problématiques psychiques. Ainsi, une conseillère nous dit qu'elle ne passe pas un jour sans donner les coordonnées d'un CMP. Plusieurs conseillères nous disent avoir entre 10 et 20% de jeunes accompagnés avec des troubles psychiques.

« Vous estimez à quelle proportion le nombre de jeunes en garantie jeunes avec des troubles psychiques ?

Je pense qu'il y a bien cinq à dix jeunes par conseiller. Chaque conseiller a une cinquantaine de jeunes dans son portefeuille. Je dirais à peu près cinq à dix. Entre ceux, on sait qu'il y a une pathologie, ils nous l'ont exprimé clairement et c'est ceux où on dit : il y a encore tout le travail à faire pour amener... avec la phase de déni, etc. Donc, oui, il y en a quand même. » (Conseillère Garantie jeune)

Ainsi, le mode de financement influence le recrutement des jeunes dans le dispositif et indirectement, pourrait participer à déterminer le parcours des jeunes avec des troubles psychiques, qui ne se serait peut-être pas autrement retrouvé dans le dispositif. Ces orientations semblent plus particulièrement déterminantes encore pour des jeunes qui ont de très faibles ressources financières et pour qui l'allocation de la garantie jeune permet d'apporter une solution sur un an, en plus d'un accompagnement renforcé.

« C'est compliqué parce que c'est le seul dispositif où, déjà, il y a une allocation pendant un an. Rien que ça... On n'en a pas d'autre. Il suffit que les jeunes soient en rupture familiale et qu'il faut bien manger, payer son loyer, ça permet pendant un an, de sortir un petit peu la tête de l'eau en espérant que derrière, la situation soit meilleure. Mais oui, on peut tendre vers des personnes pour qui le dispositif n'est pas adapté. » (Conseillère Garantie jeune)

Parmi les 14 jeunes que nous avons rencontrés, deux ont été accompagnées dans le cadre d'une garantie jeune : Noémie et Fleur. Sophie elle va entrer prochainement en garantie jeune.

Ces jeunes apprécient le suivi rapproché proposé dans le cadre de la garantie jeune et qui leur donne plus d'espoir d'accéder à un emploi et à l'autonomie financière et résidentielle à laquelle elles aspirent.

« Je suis suivie par deux conseillères donc une conseillère de base Garantie jeune et une facultative, mais au final, elle m'a demandé si je voulais qu'elle me suive donc du coup, ça fait quand même deux conseillères donc plus d'idées et plus de pistes. Moi personnellement, ça ne me dérange pas parce que je termine la Garantie jeune en novembre, il faut quand même que j'aie un truc. » (Noémie, 23 ans)

De la même manière, Sophie souhaite entrer en Garantie jeune pour cet encadrement très régulier qui lui donnera un cadre dans ses recherches d'emploi.

« C'est elle aussi qui m'a proposé la garantie jeunes parce que j'ai un gros problème, c'est que je suis... Ah comment on appelle ça, c'est quoi le mot déjà ? Je remets tout au lendemain... Procrastiner ! Et du coup, c'est souvent... Je le considère comme de la fainéantise mais ce n'est pas de la fainéantise, c'est plus une peur d'avancer, parce que j'ai peur de ce qu'il y aurait plus loin ; peur de redévelopper mes phobies et tout ça. Ce qui fait que ma conseillère m'a dit : « Tu rentres en garantie jeunes, comme ça tu as un suivi très régulier et très soutenu de la Mission Locale, pendant la garantie jeunes, pour t'aider à trouver des stages et tout ça. » (Sophie, 23 ans)

Toutefois, cette satisfaction apparaît parfois après un temps de discussion avec les conseillers. Le dispositif garantie jeunes n'est pas connu de tous. Ainsi, Noémie pensait-elle au départ qu'il s'agirait de temps de stages et de formations. Or puisqu'elle cherchait un travail, elle n'était pas intéressée par ce dispositif qui ne ferait que retarder son insertion professionnelle.

« Je suis retournée voir ma conseillère qui m'a dit que vu que j'ai pas de ressources financières donc, elle voulait m'inscrire à la garantie jeunes. Donc du coup, elle m'a fait comprendre qu'à la garantie jeunes, on est payé en cherchant son travail, sauf que moi, je voulais plus de formation et tout ça et donc du coup moi, je savais pas trop ce que c'est, bah j'ai été réticente enfin, je ne voulais pas trop pour au final si c'est chercher un emploi où on travaille sur le CV, lettre de motivation, on peut faire des stages. Et elle m'a fait comprendre qu'il y a pas que des stages, on pouvait faire un emploi aussi. Donc, je me suis dit : « Pourquoi pas ? » » (Noémie, 23 ans)

Dans les entretiens que nous avons effectués avec les jeunes, l'allocation apparaît comme un soulagement pour certains, mais n'est pas la source de motivation pour intégrer le dispositif. C'est plutôt l'encadrement renforcé et la possibilité de trouver un emploi qui incite les jeunes à entrer dans le dispositif.

2. Accompagner vers l'insertion dans l'emploi des jeunes avec des troubles psychiques, étude d'une mission locale

De par l'organisation actuelle des politiques d'insertion dans l'emploi, les missions locales jouent un rôle majeur dans l'accompagnement du public jeune. Ce service généraliste accueille également les jeunes avec des troubles psychiques et peut constituer pour cette population un guichet, susceptible de les orienter vers d'autres prises en charges, spécifiques aux diagnostics des jeunes.

Alors que les tensions entre approche globale des jeunes et approche par l'activation sont décrites dans les travaux sociologiques sur les missions locales, comment cela impacte les accompagnements de jeunes avec des troubles psychiques ? Comment les conseillers de missions locales, qui ne sont pas a priori formés aux troubles psychiques, qualifient et appréhendent ces types de troubles ?

Pour répondre à ces questions, nous nous appuyons sur les entretiens avec les professionnels de la mission locale et avec les jeunes. Nous mobilisons également nos observations de réunions dites d'analyse de situation, entre des conseillers de la mission locale et une équipe mobile de psychiatrie, dont l'objectif est de traiter de situations d'accompagnement de jeunes avec des troubles psychiques, problématiques pour les conseillers.

2.1 Des troubles qui bousculent les pratiques professionnelles

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce chapitre, de nombreuses structures dont les missions locales, indiquent être de plus en plus confrontées à la problématique des troubles psychiques chez les jeunes qu'elles accompagnent. Ces professionnels s'interrogent sur la réalité de cette apparente augmentation ou sur un potentiel effet d'optique. Dans cette seconde perspective, plusieurs hypothèses sont avancées. Il est possible qu'avec la reprise économique, seuls les jeunes les plus en difficultés restent dans les dispositifs d'aide à l'insertion. Une autre hypothèse porte sur une vigilance accrue de la part des professionnels aux troubles psychiques : ce serait alors l'identification et la qualification sociale des troubles qui serait en augmentation et non les troubles eux-mêmes.

D'autres hypothèses sont liées à l'organisation de l'offre d'aide à l'insertion. D'une part, les dispositifs se sont multipliés. Les jeunes qui cumulent les accompagnements seraient ceux avec le plus de frein à leur insertion, dont des troubles psychiques. C'est ce que suppose ce professionnel d'une prestation d'aide à l'insertion professionnelle qui considère cette offre comme arrivant après un long parcours institutionnel.

« Première chose : une multiplicité des dispositifs de formation, d'orientation et d'insertion. C'est-à-dire qu'en gros, avant – je schématise parce que je n'en sais rien du tout – il y avait trois prestations, maintenant, il y en a 18. Fatalement, il y a une ventilation du public qui est très différente. Fatalement, la prestation qui est clairement identifiée insertion, eh bien, ça va être le dernier recours. Là, on est devenu le dernier recours pour plein de choses. On a eu un jeune homme qui est sur Villeroze, là. C'est moi qui ai fait l'information collective ce jour-là et donc, qui l'ai reçu en entretien, qui me dit : « Si je ne rentre pas dans la prestation, je n'ai pas de logement. » « Monsieur, vous êtes où en ce moment ? » « À la rue. » « D'accord ! Ok ! Là, on fait comment ? Il est rentré en formation et tout. On devient le dernier recours. Ça, c'est la première chose. » (Professionnel de l'association Tulipe)

Cette hypothèse, toutefois ne peut s'appliquer pour la mission locale, qui est bien souvent le premier guichet d'accompagnement à l'insertion des jeunes.

Ce même professionnel évoque une autre hypothèse intéressante: ce public de jeune avec des troubles psychiques serait moins invisible¹³⁶, de plus en plus capté par l'action publique.

Deuxième chose un petit peu plus positive aussi, je pense, c'est : Peut-être est-ce que ces jeunes-là, avant, on ne les voyait pas ? Moi, je reste toujours très positif donc, je me dis : « Ben là, c'est qu'en fait, peut-être qu'ils ont plus accès via des communications qui sont plus adaptées à eux, par réseaux sociaux..., peut-être que du coup, on les voit mieux, on les voit plus. » Justement au niveau de la santé publique, il y a peut-être, je ne me rends pas compte, des actions qui ont fait que ces jeunes sont ressortis. Dans la même veine, la plateforme des décrocheurs mise en place, repère aussi des jeunes. » (Professionnel de l'association Tulipe).

Si nous ne pouvons trancher sur les causes de cette apparente augmentation des problématiques psychiques chez les jeunes accompagnés à la mission locale, il est très intéressant de noter ce constat commun entre professionnels, qui traduit une préoccupation importante pour le sujet.

« Et puis on n'est pas formés pour et on n'est pas médecins ou psychiatres ou quoi que ce soit. Donc, heureusement qu'il y a des partenaires sur lesquels s'appuyer. Mais des fois, on se pose la question de ce qu'on fait avec ces jeunes-là. Quel est l'intérêt de les accompagner, nous, alors qu'on peut penser que ça va être très, très compliqué. Ou alors sur du très long terme. Tout jeune de moins de 26 ans peut venir à la Mission locale. Des fois, ça interroge sur les limites de

¹³⁶ Claire Bernot Caboche définit les jeunes "invisibles" comme étant ceux ni en éducation, ni en formations, ni en emploi, ni en accompagnement. (Bernot-Caboche, 2016)

mon boulot. » (Conseillère Mission Locale)

Si les professionnels ont cette sensation d'être de plus en plus confrontés à des accompagnements de jeunes avec des troubles psychiques, c'est en partie parce que ces suivis les bousculent, parfois fortement, dans leurs pratiques professionnelles. Cela les interroge sur les limites de leur accompagnement, l'impact pour la personne de ce qu'ils vont dire et faire.

La confrontation à la souffrance de l'autre, peut les amener à agir au-delà de leurs pratiques habituelles. C'est le cas par exemple pour cette conseillère qui raconte au cours d'une réunion d'analyse de situation les démarches qu'elle a effectuées auprès d'une jeune femme dont elle soupçonnait qu'elle était anorexique. Elle l'incite à effectuer des examens médicaux et l'accompagne même aux rendez-vous avec le médecin. Au cours du rendez-vous de restitution des résultats médicaux, la conseillère est alertée par une amie de la jeune femme, qui lui dit que celle-ci a des propos suicidaires (elle projette de se tuer après le rendez-vous médical).

« [...] Le lendemain matin, elle doit faire le bilan avec le médecin, il a fallu la convaincre pour voir le médecin pour les résultats. Le matin même elles y vont (la conseillère et la jeune). A 9h une de ses copines arrive pour voir la conseillère et lui dire que la jeune fille envoie des sms pour dire qu'elle va se foutre en l'air après la consultation chez le médecin. La copine était affolée. Le médecin est venu chercher la conseillère et l'amène dans la salle pour dire à la jeune que son amie s'inquiétait pour elle. Ça lui fait un choc, la trahison est très présente dans son parcours. Le médecin lui propose de se mobiliser et de contacter un psychiatre. Grosse pression sur la conseillère qui la raccompagne, pour trouver les mots justes, peser tous ses mots et puis l'angoisse de la laisser après le rendez-vous. Lors de la conversation, elle parlait d'en finir, mais avec un côté puéril, pas réaliste. La conseillère doit retourner au bureau, elle lui propose d'aller à la Mission Locale, elle avait l'impression de la laisser dans le vide, dans le rien, elle ne savait pas trop quoi en penser. »

Journal de terrain

Cette situation où des jeunes projettent de se suicider après un rendez-vous nous est racontée à plusieurs reprises au cours de l'enquête, par des conseillers qui se trouvent alors bouleversés non seulement sur le plan professionnel mais aussi personnel.

« Lui, ce jeune-là, j'ai passé une heure et demie un jour où il voulait se suicider, où il avait tout prévu pour se suicider. Il refusait d'aller à l'hôpital évidemment. Il n'avait personne autour de lui. Je me rappelle de cet entretien. Je suis sortie de là mais absolument vidée. J'ai pris le train et puis... Au moment où je menais cet entretien, un de mes proches est mort, en vrai. C'est pour ça que je ne l'oublierai jamais. Et je me disais « mais qu'est-ce que je peux faire ? Il n'a personne sur qui s'appuyer. Il refuse d'aller à l'hôpital. Il a les moyens de se suicider. Il dit qu'il va le faire et je doute peu qu'il ne le fasse. Donc, ça a duré longtemps, longtemps et j'ai appris, j'ai été formée à la crise suicidaire comment il faut faire, nanana... J'ai fait tout ce que je savais faire et

je suis sortie de là en me disant « je suis sûre qu'il va le faire et je n'ai aucun moyen de l'empêcher ». J'ai juste informé le foyer jeunes travailleurs où il logeait que je pensais que c'était sérieux cette crise suicidaire, point barre. Et il est évidemment passé à l'acte et il a été rattrapé, mais à un cheveu, à l'hôpital, je pense parce qu'il était jeune sinon... Ils lui ont fait quatre fois les boum-boum... [...] Oui, on a des outils et puis je suis formée à la relation d'aide, enfin, et puis j'en ai vu plein des jeunes suicidaires. Mais on a beau dire, le jour où la personne est très déterminée et puis, il me disait en souriant « je vois bien que vous faites tout ce que vous pouvez, mais pourquoi voulez-vous que je continue à vivre ? ... » Bon ! » (Conseillère santé de la mission locale)

Les conseillers de mission locale sont également confrontés à des récits de traumatismes ou d'histoires de vie très difficiles, qui les hantent au-delà de la sphère professionnelle.

« Alors avec Paula, je suis moi-même en souffrance, mais aigue. Rien que d'en parler, j'ai la gorge nouée. Alors, je ne sais pas pourquoi. Là, ça parle sûrement de moi, parce que j'entends des récits, de trucs encore plus horribles que ça, notamment de torture de migrants, etc. Je ne dis pas que ça me laisse indifférent, mais là ça me met par terre. » (Conseiller Mission locale)

Si dans la plupart des récits, les conseillers perçoivent un risque pour la vie de la personne confrontée aux troubles, c'est parfois pour eux même qu'ils ont peur.

« La dernière réunion [d'analyse de situation], c'était sur l'agressivité en fait. Ça commencé par un dossier d'une collègue qui se fait harceler par quelqu'un qui l'a retrouvé quatre ou cinq ans après et qui la harcèle et qui arrive ivre chez elle. Il a plus de 26 ans en plus, enfin voilà. Donc, ça a démarré comme ça. Et du coup, on a fait un peu le lien avec les troubles psychiatriques parce que là, le collègue enfin, l'homme qui harcèle ma collègue, c'est évident qu'il y a des troubles psychiatriques et de la peur que ça génère chez nous en fait, parce que certains ne vont pas bien, mais point j'ai envie de dire, alors que d'autres ne sont pas bien et sont agressifs voilà, en fonction de l'état dans lequel ils sont. Voilà. Tout ce qu'ils ont pour beaucoup consommé parce qu'il y a souvent en plus un problème d'addiction à côté. » (Conseillère de mission locale)

Face à ses situations, les conseillers sont en demande pour certains de formations et pour d'autres de relais spécialisés. Des réunions d'analyse de pratique permettent aux professionnels d'échanger en interne sur les situations problématiques auxquelles ils peuvent être confrontés. Ils sont accompagnés par une psychologue au cours de ces réunions. Si ces temps ont vocation à aborder toute sorte de problématique, selon les conseillers, c'est bien souvent celles relevant des troubles psychiques qui animent les discussions.

« On a eu là pendant quelques mois la mission locale, quelque chose qui nous a été proposé qui s'appelle l'analyse de pratique. Et on... c'était un lieu où effectivement, on pouvait échanger avec les collègues sur des situations compliquées, alors pas que sur l'aspect psychologique, mais souvent de toute façon, il y a un lien. Et on se rend compte qu'effectivement, on est tous confrontés à ces problèmes et les dossiers sur lesquels on bloque, c'est bien ceux-là. Alors ceux-là, plus tous ces jeunes qui n'ont aucun projet, qui sont vides quoi, qui attendent tout de

l'extérieur, mais sans aucune motivation pour mettre en place des choses. Ce sont les deux grandes catégories de jeunes qui nous posent souci. » (Conseillère mission locale)

La mission locale a mis en place un partenariat avec une équipe mobile de psychiatrie. Des réunions sont organisées une fois par mois et permettent aux conseillers qui le souhaitent de venir présenter une situation problématique, relevant à priori de la psychiatrie. L'équipe mobile de psychiatrie commente alors la situation, répond aux questions des professionnels et émet des recommandations sur la base des informations dont elle dispose. Ces réunions sont fortement appréciées par les conseillers rencontrés. Dans certaines situations les professionnels se demandent ce qu'ils peuvent faire, s'ils doivent continuer l'accompagnement et si oui, comment.

« Vous utilisez parfois les réunions d'analyse de situation, avec l'équipe mobile de psychiatrie ?

Une fois pour un jeune qui avait une RQTH, ouais, qui était en grosse, grosse dépression. Et là, il avait l'AAH et tout, mais il revenait systématiquement me voir et puis en mettant, tellement de, pas de pression, mais, me plaçant dans une place où « vous seule pouvez m'aider, aidez-moi, aidez-moi » et, tout ce que je pouvais lui proposer c'était au-dessus de ce qu'il pouvait et j'étais très, très démunie, et il me mettait très en difficulté ce jeune, donc j'avais même fait venir d'abord l'équipe mobile qui avait vu le jeune et qui voulait pas être accompagné par l'équipe mobile et que ce soit moi qui l'accompagne, et après, j'ai été en parler en réunion euh, donc il y avait l'équipe. Et là, on m'a dit... (Rire) On peut pas tout faire. On peut pas toujours, on n'a pas toujours des solutions en tout cas.

Donc vous avez arrêté l'accompagnement ?

Euh, je lui ai dit que moi, j'avais proposé toutes les solutions, enfin, tout ce que on avait comme solutions à lui apporter, que ça ne fonctionnait pas, et du coup euh, je l'ai réorienté vers ça tombait bien, à ce moment-là, il y avait un nouveau projet artistique porté par une association qui se mettait en place. Ils mettaient en place une action pour des jeunes isolés, sans situation, donc autour de tout ce qui est artistique, et ce jeune-là qui avait une fibre artistique, euh, je l'orientais et là, miracle, il a super bien accroché, et là, et là, du coup, il a... Et là, il a, c'était super, il a presque arrêté tous ses médicaments, il s'est créé des amis, c'était formidable, sauf que quand ça s'est arrêté, rechute.

Il est revenu ?

Ben il avait plus de 25 ans, et je lui ai dit que je pouvais plus l'accompagner. Oui. Et de temps en temps j'ai des mails (rires). Oui, pour me dire un petit peu ce qu'il devient. Et ouais, c'est des gens qui sont, qui ne savent pas vers qui se tourner quoi. Donc euh, et souvent très incompris, même avec leur famille, etc., c'est compliqué. » (Conseillère, Mission locale)

La relation d'aide qui se crée entre les conseillers et les jeunes peut être différente des accompagnements traditionnels. C'est ce que décrit par exemple cette conseillère qui a accompagné une jeune femme qui ne souhaite pas mettre fin à son suivi, car il lui « fait du bien ». Pourtant, selon sa pratique habituelle, la conseillère pensait avoir été au bout de son accompagnement. En concertation avec l'équipe mobile de psychiatrie à qui elle a exposé la situation en réunion d'analyse de situation, la conseillère prend alors un nouveau rôle auprès de la jeune femme, en coordonnant ses multiples accompagnements. La conseillère de la mission locale joue là un rôle important de coordination, qui s'inscrit dans une approche globale du jeune mais qui est en décalage avec sa pratique plus habituelle.

« Donc sur la dernière... enfin sur un des entretiens, moi j'avais réussi à, à bien gérer en fait le dernier entretien enfin... j'étais plutôt contente. Et en lui expliquant que voilà, ça se terminait, bon, et, et en fait j'étais très très surprise un jour elle m'a envoyé un SMS en me disant... qu'en fait, ça lui faisait du bien de venir me voir et que ce serait bien que ça continue quoi.

Et là moi, j'ai été très embêtée. Et c'est de là qu'on... On a vu aussi apparaître cette situation-là, en cellule d'appui parce que je me suis demandée : qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je reprends contact avec elle, euh ? Alors que je lui ai dit que c'était terminé ? Est-ce que... enfin je... franchement j'étais perdue. Je savais pas ce que je devais faire avec elle. Je savais qu'elle avait des fragilités et que, elle est enfin... donc, je savais pas. Et euh... et puis... et puis, quand on a présenté en cellule d'appui, donc la première chose qu'elle m'avait demandée : c'est de repérer un peu qui gravitait aussi autour d'elle puisqu'on avait des éléments, mais quand même pas trop par rapport à ça. Et il a parlé euh... Quand il a parlé le docteur référent de confronter à la réalité enfin des choses comme ça. Et que d'avoir quelqu'un qui... Qui suive un peu les différents accompagnements qu'elle avait parce qu'elle pouvait être un peu perdue. Ça pouvait être aussi intéressant. Et je me suis dit bon dans cette fonction-là, moi je m'y retrouve... ça me correspond ce niveau même de l'activité. C'est possible. » (Conseillère Mission locale)

Dans cette situation, la professionnelle accepte de se décentrer de ses pratiques habituelles, mais reste dans une posture d'approche globale, posture adoptée par une partie des professionnels de la mission locale. L'enjeu est ici de s'appuyer sur la relation de confiance entre la jeune femme et sa conseillère, pour permettre aux autres prises en charge de se poursuivre. Il n'y a pas de résultat immédiat ou notable pour la mission locale, mais cette relation de confiance, cet accompagnement long vise à appuyer les actions sur la santé mentale de la jeune femme.

2.2 Des postures distinctes face à la qualification des troubles

Nous avons identifié au cours des entretiens, deux types de postures des professionnels vis-à-vis de la qualification des troubles et du handicap psychique.

Le premier profil de de posture professionnelle se caractérise par rapport à la distance entretenue avec le discours psychologique. Nous sommes orientée vers ces professionnels moins spontanément. Nous en rencontrons certains par le biais de la conseillère santé, d'autres nous contactent suite au mail que nous avons envoyé à l'ensemble des professionnels. D'autres encore acceptent que nous échangions après que nous leur en fassions la demande suite à une réunion au cours de laquelle nous les avons entendus parler d'un jeune avec des troubles psychiques.

Ce profil de professionnel dit repérer la souffrance psychique chez les jeunes, mais avoir des difficultés à travailler avec ce public de jeune.

« Donc je peux dire globalement il y a un problème. Avec un peu de métier, je peux presque dire : ça, c'est plutôt ça. Ça, c'est plutôt ça. Mais c'est pas mon métier. Donc, j'oriente. Il faut être honnête ... alors, soit je repère que c'est ostentatoire dans le sens où ça a déjà été identifié et qu'il y a déjà une reconnaissance travailleur handicapé. Ou en tout cas, c'était le cas quand j'orientais sur Primevère. [...]

« Ça, c'est le premier point. Deuxième point... J'identifie les problèmes psychologiques, donc j'oriente soit vers la conseillère santé, soit vers la psychologue de la mission locale. La difficulté pour moi... et c'est là, que vous allez... peut-être que je vais être un peu limitée, c'est que j'ai énormément de mal à... euh, sauf cas vraiment important, hein, à amener vers une reconnaissance travailleur handicapé des gens qui ont des troubles psys. » (Conseillère mission locale)

Dans ce profil, les professionnels qui repèrent des difficultés psychiques chez les jeunes les orientent vers les professionnels étiquetés « santé » de la mission locale. Le caractère incertain des troubles est déterminant pour ces professionnels : s'ils se jugent compétents pour repérer des difficultés, ils se ne sentent pas légitimes à orienter directement vers un professionnel de la psychiatrie ou vers le champ du handicap.

Face à l'incertain, ils font donc appel à l'expertise des professionnels en interne : conseillère santé, psychologue ou encore réunion avec l'équipe mobile de psychiatrie. Ils utilisent ces ressources pour guider leur accompagnement, savoir comment interagir avec le jeune.

« Là c'est quand on a des difficultés dans notre accompagnement, on pressent qu'il y a des troubles (rire). Voilà. Donc, c'est plus pour qu'il nous donne des conseils, qu'il nous guide un petit peu dans nos pratiques : on fait comment ? On arrête ? Voilà. Et le psychiatre, voilà. La psychiatre, le psychologue et l'infirmier psy. Donc, c'est très intéressant. » (Conseillère Mission locale)

Ce sont rarement eux qui initient la discussion sur l'accompagnement en psychiatrie ou sur le handicap. C'est alors bien souvent la conseillère santé qui aborde ces questions.

Les conseillers appartenant à ce profil peuvent parfois accompagner les jeunes sur de très longues durées et leur proposer de participer à de multiples dispositifs de droit commun. Cela recoupe les informations des associations qui réalisent ces prestations d'accompagnement dont l'orientation se fait par la mission locale : le public de jeunes avec des troubles psychiques semble augmenter également dans leurs structures¹³⁷.

Bien souvent, c'est à partir d'un diagnostic ou d'un passage par le soin psychiatrique ou encore dans une structure étiquetée par la psychiatrie, que les conseillers vont présenter eux-mêmes l'offre spécifique au handicap. Dans cette situation les conseillers passent le relais de l'accompagnement à une structure spécialisée, qui leur paraît proposer un suivi plus pertinent que le leur. C'est ce qu'il s'est passé par exemple dans l'accompagnement de Marin.

Marin s'inscrit à la mission locale après avoir arrêté ses études en cours d'année de terminale, dans le service de scolarité d'une clinique. Sa première conseillère lui recommande de s'inscrire au CNED pour passer ses dernières épreuves du bac, ce qu'il fait. Mais il n'arrive pas à suivre les leçons du CNED seul chez lui. Il se met alors à réfléchir à son insertion professionnelle et envisage d'effectuer une formation qualifiante. Il retourne alors à la mission locale. Il est accompagné par une nouvelle conseillère, que nous avons rencontrée et qui nous a raconté comment elle avait accompagné Marin avant de nous mettre en lien avec lui. Marin raconte son parcours à sa conseillère, y compris son passage par le service de scolarité de la clinique. Il lui dit également qu'il a un suivi avec un psychologue et qu'il est confronté à de la phobie sociale.

Marin rencontre des difficultés à cette période pour sortir de chez lui et réaliser des démarches pour se former ou trouver un emploi. Il informe sa conseillère qu'il ne se sent pas bien en ce moment. Celle-ci l'oriente alors vers la conseillère santé. La conseillère santé parle à Marin de la RQTH. Marin informe ensuite sa conseillère en insertion qu'il est d'accord pour monter un dossier pour la MDPH. Elle l'oriente alors vers une nouvelle personne : la professionnelle de l'association Aster qui tient des permanences à la mission locale, afin qu'elle l'aide à constituer son dossier. Après cela, la conseillère en insertion a parlé à Marin de la possibilité d'effectuer une PAS dans l'association Bruyère.

« Donc, là aussi, ça a été assez rapide. Mais parce que ce ne sont pas des jeunes... ils ont 24 ans déjà, avec un long parcours santé derrière eux. Mais je pense que peut-être que sans... ben sans nos entretiens, il n'aurait peut-être pas fait la démarche du dossier RQTH, voilà. Et on leur laisse vraiment prendre la décision, c'est pas imposé, c'est pas des blouses blanches qui lui imposent : « Voilà, vous, bon, ben... » C'est assez stigmatisant. Alors qu'en mission locale, on reçoit tous les jeunes, donc il y a moins de pression. Et donc, quand je l'ai orienté vers la

¹³⁷ Voir partie 1 de ce chapitre sur les associations du champ du droit commun qui réalisent des prestations pour l'insertion sociale et dans l'emploi des jeunes.

conseillère santé, je... bon, donc j'ai refait le point avec la conseillère santé, j'ai dit : « Vois avec lui si tu peux aborder le dossier RQTH », etc. Et puis après, ben c'est allé très vite, il a adhéré également quoi. Parce que je pense que depuis qu'il traîne sa « misère » (rire), je crois qu'il est prêt à entendre qu'il a besoin d'un accompagnement spécifique dans son parcours d'insertion professionnelle. » (Conseillère mission locale)

La connaissance du parcours de santé antérieur de Marin est primordiale dans la décision d'orientation vers un dispositif spécifique et dans la rapidité de cette prise de décision.

Pour Marin, la décision d'accepter cette proposition de monter un dossier MDPH est également influencée par son parcours. Il fait une demande de RQTH pour pouvoir expliquer à de futurs employeurs pourquoi sa trajectoire d'insertion s'écarte de la norme, avec une légitimité institutionnalisée. Dans le ressenti de Marin, la RQTH permet de transférer la charge de sa déviance sur les troubles et le handicap, sa phobie dont il n'est pas responsable.

« Honnêtement, je ne sais pas encore ce que je ferai avec ce papier-là. Mais au moins, j'aurais ça, et du coup, ça peut permettre, aussi, de justifier que ce soit les blancs dans mon CV, les périodes d'inactivité, les difficultés que je peux avoir pour être assidu. » (Marin, 24 ans)

Le second profil de posture professionnelle se caractérise par une psychologisation plus importante de l'accompagnement des jeunes. Nous sommes d'ailleurs régulièrement orientés vers ce profil de professionnel, car nous dit-on, « ce sont des personnes qui sont particulièrement sensibles à cette problématique » et « le hasard fait » qu'ils ont beaucoup de jeunes avec des troubles psychiques.

Ce sont des professionnels qui mobilisent une lecture psychologique des trajectoires et difficultés des jeunes. Le langage de ce profil de professionnel diffère sensiblement de celui du premier, lorsqu'il s'agit de qualifier les comportements des jeunes. La configuration et le fonctionnement familial peuvent également être invoqués avec un regard psychologique pour expliquer le comportement du jeune. C'est le cas par exemple lorsque cette conseillère nous raconte le parcours d'un jeune, Romain, qui au début de l'accompagnement n'a jamais eu de suivi psychologique et dont les troubles seront qualifiés par la professionnelle de mission locale (ce qui aboutit à un dépôt de dossier à la MDPH).

« Mais, premier entretien, pourquoi je vous dis ça, parce que j'avais un sentiment bizarre avec Romain ; je sentais quelque chose de compliqué.

Et juste pour donner des éléments, Romain est venu avec sa maman. Très rapidement, il m'a parlé du contexte familial. Il avait perdu son papa d'un cancer. Le deuil était encore difficile. Le papa était militaire, famille recomposée. Et la mère et le fils formaient un couple. Et je sentais que Romain, de par la mort violente de son papa, enfin que je sentais violente, il y avait, dans le développement dans la maturité, il y avait quelque chose qui était resté dans le passé. Et j'avais, par moments, l'impression d'avoir un petit garçon face à moi.

[...]

La maman est venue à l'entretien. La maman parasite tous les entretiens qu'on peut avoir. Ils forment un couple. Le père est décédé mais le fils a pris la place du père.

[...]

La symbolique du père est toujours là. Son fils est devenu son mari.

[...]

Et la maman est formidable. C'est-à-dire qu'elle définit des projets irréalistes pour son fils, mais qui vont occuper l'esprit. Et puis, une fois qu'un projet est éliminé, il y en a un autre qui revient. Et ça peut durer longtemps mais ça donne de l'énergie à ce couple. Et, à la fois, ils sont hyper agréables, l'échange est intéressant, mais Waouh... ouais...

*Je pense que, après, je peux me tromper, mais ça fonctionnait bien jusqu'à ce que le papa décède. Ça a été une telle explosion dans leur vie... Et puis, c'est violent aussi, une mort, un deuil à faire. Et je pense qu'ils ne s'en sont pas relevés. Ça a figé la maturité affective du fils. »
(Conseillère mission locale)*

La formation et le passé professionnel des conseillers de mission locale jouent un rôle dans ce positionnement des professionnels de l'accompagnement. C'est ce que nous dit explicitement par exemple l'une des conseillères rencontrées, qui précise dès les premières minutes de l'entretien sa formation initiale en psychologie, pour expliquer la manière dont elle appréhende les jeunes en entretien et interprète leur situation. Ce passé et cette expérience professionnelle semble donner aux professionnels plus de confiance pour émettre des interprétations psychologiques sur les jeunes et les orienter vers des services étiquetés « psychologie », « psychiatrie » ou même « handicap ». Même s'ils précisent qu'ils peuvent « se tromper », ils semblent se sentir plus légitimes que les professionnels du premier profil, à émettre des hypothèses sur des causes psychiques aux problèmes d'insertion des jeunes.

2.3 Approche globale ou par l'activation

Face à ces situations qui les interpellent dans leurs pratiques et leur culture professionnelle, nous avons identifié deux types de principe d'action sur lesquels s'appuient les professionnels l'approche globale de l'accompagnement ou l'approche par l'activation.

Historiquement, les missions locales se développent avec pour principe d'avoir une approche globale de la situation des jeunes. Une partie des professionnels rencontrés se pose en héritière de cette philosophie historique. Ils peuvent accompagner les jeunes sur de très longues périodes,

travailler non pas sur l'insertion sociale et dans l'emploi mais adopter un rôle d'interlocuteur de confiance pour des jeunes qui peuvent être en rupture avec d'autres représentants institutionnels. Le parcours de Xavier, présenté dans le chapitre 4 de la thèse, représente bien ce type d'accompagnement, global et long. C'est également le cas pour Fleur.

- *Fleur a 25 ans au moment où je la rencontre. Ses parents sont ouvriers. Elle a un petit frère. Fleur raconte avoir eu une scolarité difficile, où elle a été harcelée par ses pairs. Après avoir obtenu son bac général, elle emménage avec son petit ami et démarre une préparation concours. Mais progressivement, elle n'arrive plus à se rendre en cours. Elle commence à consommer beaucoup de cannabis. Fleur dit alterner entre des périodes de profondes dépression et d'autres périodes où elle se sent très bien. Les années suivantes, Fleur essaye de reprendre des formations, mais n'arrive pas à se rendre en cours ou à des difficultés à suivre des cours à distance du fait de ses difficultés psychiques. Fleur arrête ses études et commence à travailler en intérim. Elle s'inscrit en parallèle à la mission locale. Elle est d'abord suivie par une conseillère en insertion. Mais Fleur n'apprécie pas du tout leur relation. Sa conseillère l'incite à travailler, sans vouloir discuter prendre en compte la souffrance de Fleur. Fleur retient cette phrase prononcée par la conseillère: « moi aussi j'ai été harcelée, ce n'est pas pour autant que j'ai foutue ma vie en l'air ». Fleur change de conseillère lorsqu'elle intègre le dispositif garantie jeune. Sa nouvelle conseillère, que nous avons rencontré, raconte un accompagnement très serré de Fleur : elle parle beaucoup avec elle, l'accompagne à ses rendez-vous, veille aux questions de santé de Fleur. Alors que la garantie jeune ne doit durer qu'un an, sa conseillère obtient une dérogation de 6 mois supplémentaires pour que Fleur puisse poursuivre des démarches de reprise de formation bien amorcées. La conseillère de Fleur l'oriente également vers la conseillère santé de la mission locale, qui l'incite à voir la psychologue de la mission locale. Cette dernière oriente Fleur vers un psychiatre. Le frère de Fleur l'incite également à rencontrer des professionnels de santé, ce qu'elle fait. Fleur est diagnostiqué « bipolaire ». Suite à ce diagnostic, sa conseillère de garantie jeune et la référente santé de la mission locale accompagnent Fleur dans la constitution d'un dossier à la MDPH.*

Dans le parcours de Fleur, le rôle de son entourage, son frère, mais aussi sa conseillère de garantie jeune, apparaît comme déterminant. Alors que la première conseillère de mission locale de Fleur travaille sur l'emploi et écarte la question de la souffrance psychique de Fleur, sa deuxième conseillère adopte une approche globale. Elle se décale des pratiques prescrites avec une relation d'aide très étroite, resserrée dans le temps. Elle négocie également avec son institution pour prolonger l'accès du dispositif de garantie jeune à Fleur, car elle estime qu'un temps supplémentaire est nécessaire à Fleur pour poursuivre son insertion, ses démarches de soin, de reprise de confiance en elle. Travailler sur ces dimensions en dehors des compétences directement professionnelles, apparaît comme nécessaire pour reprendre une formation ou trouver un emploi.

D'autres professionnels adoptent une approche de l'accompagnement basé sur une logique dite d'activation (Arrignon, 2016), contradictoire avec l'approche globale que nous venons de décrire. Cette approche par l'activation vise la reprise de l'emploi par les personnes. Elle assortie l'aide de devoirs de mobilisation, d'activités pour les personnes, qui doivent faire la preuve de leur volonté à s'insérer. Le cas de Noémie est une bonne illustration de la logique d'activation et de ses effets sur les parcours des jeunes.

➤ Noémie à 23 ans. Elle habite chez sa mère qui est à la recherche d'un emploi, son beau-père qui est ouvrier qualifié et ses 3 frères et sœurs dans un appartement avec deux chambres. Son plus jeune frère est autiste. Noémie souffre d'une pathologie somatique diagnostiquée à ses 12 ans. Noémie souhaite travailler en tant qu'ouvrière qualifiée (elle a passé les diplômes nécessaires), mais peine à trouver un emploi (difficultés à se déplacer pour accéder aux lieux de travail sans avoir de voiture, propositions d'horaires de nuit qui ne lui permettent pas d'y accéder en transports en commun). Noémie est accompagnée par la mission locale. Noémie a déjà une RQTH au moment où la conseillère qui nous oriente vers elle commence à la suivre. Mais la conseillère apprendra l'existence de cette RQTH quelque temps après le début de l'accompagnement, dans le contexte suivant. Noémie effectue un stage dans le maraichage qui doit après aboutir, s'il se déroule bien, à une embauche. Mais Noémie n'est pas gardée par l'entreprise à l'issue du stage. Lorsque la conseillère lui demande qu'elle en est la raison Noémie lui apprend qu'elle a une RQTH et lui présente ses symptômes, sans indiquer de nom de pathologie. Sa conseillère l'incite à utiliser sa RQTH et l'oriente vers l'emploi en entreprise adaptée.

La conseillère qui raconte son accompagnement de Noémie, sans avoir connaissance de la pathologie somatique de la jeune femme, pense qu'elle a des troubles psychiques.

« OK et c'est là qu'elle me dit. Mais oui, mais c'est normal, parce que j'ai une RQTH. OK. Alors pourquoi ? Donc là elle me dit clairement euh... lenteur, concentration, difficulté à comprendre des consignes. Mais, il y a autre chose aussi ; mais ... on n'a pas encore réussi à savoir quoi parce que parfois on la voyait bien qu'elle s'arrêtait nettement et... eh bah vous savez ce... enfin, on voyait la tête. Mais, on sent bien qu'elle écoute quelque chose qui est dans sa tête. Qu'elle essaye de faire abstraction de ce qui se passe tout en restant concentrée sur ce qu'elle dit. Donc, on se dit, mais il y a quelque chose supplémentaire... mais donc voilà. Donc on essaye de comprendre, expliquer. » (Conseillère, Mission locale)

Au cours de l'entretien avec Noémie, elle nous présente ces mêmes difficultés face à l'emploi : lenteur, difficultés de compréhension des consignes, ... Mais elle leur donne une tout autre explication : elle a été diagnostiquée à ses 12 ans d'un syndrome rare, en dehors du spectre des troubles psychiques. Au cours de l'entretien, elle n'évoque jamais de diagnostic psychiatrique. Elle n'a jamais été suivie par un psychiatre et a eu seulement un seul rendez-vous avec un psychologue.

Noémie se décrit comme étant une personne qui voit les choses négativement et dit qu'un suivi par un psychologue pourrait lui être bénéfique. Elle semble dans ses propos en grande souffrance du fait de sa situation sociale : elle n'arrive pas à accéder à un emploi et habite donc chez sa mère. Ils sont quatre enfants à vivre avec leur mère dans un appartement comptant deux chambres. Noémie est l'aînée, elle a 23 ans et ses frères et sœurs ont entre 10 et 1 ans. Noémie évoque ses difficultés à trouver un emploi sans avoir de voiture. Si elle habite à Villerose, plutôt bien desservie en transports en commun, les postes qu'on lui propose en intérim ont souvent des horaires de nuit, durant lesquels les transports ne circulent pas. Par ailleurs elle explique que les effets de son syndrome sont souvent un frein dans son travail : elle se fatigue plus vite, à des douleurs dans le dos et les articulations qui peuvent l'amener à être en arrêt de travail.

Si nous ne pouvons de notre place de sociologue poser d'avis sur le diagnostic de troubles psychiques, il nous semble intéressant de relever la différence dans l'explication de la nature des freins à l'insertion professionnelle entre la professionnelle de mission locale et la jeune femme. Si nous ne pouvons émettre de diagnostic psychologique ou médical sur la situation de Noémie, nous pouvons toutefois en proposer une grille de lecture sociologique. Noémie cumule un ensemble de difficultés sociales : très faibles ressources financières propres et familiales, une qualification de niveau bac mais dans un secteur pour lequel elle n'a pas d'attrait et qui place donc ses projets en décalage avec son bagage scolaire, un syndrome qui la fragilise physiquement, pas de voiture, etc. Dans ce contexte, la souffrance qui émane du récit de Noémie nous apparaît comme relevant d'une souffrance sociale contemporaine, propre à une partie de la jeunesse qui n'arrive pas à répondre à l'injonction de placement par l'emploi et l'accès à un logement autonome. Cette autonomie et indépendance vis-à-vis de sa famille est d'autant plus porteuse d'enjeux pour Noémie que celle-ci se trouve dans une situation économique précaire.

Ces différentes lectures de la situation de Noémie ne sont pas incompatibles. Mais le fait que seule la lecture psychologique soit mobilisée par la professionnelle de la mission locale dans le récit de parcours de Noémie traduit une individualisation de l'accompagnement, qui met les conditions sociales d'existence au second plan et fait porter sur l'individu-et ses troubles, sa maladie- la responsabilité des difficultés d'insertion. Pour nuancer, cela ne signifie pas que les difficultés sociales de Noémie ne sont pas prises en compte dans l'accompagnement (c'est le cas puisqu'elle bénéficie d'une aide financière et qu'on lui propose des solutions comme par exemple l'utilisation d'un garage solidaire pour emprunter une voiture), mais qu'elles ne sont pas mobilisées comme pouvant expliquer les difficultés d'insertion dans l'emploi de Noémie. Dans les propos de la conseillère, c'est sa lenteur qui est principalement invoquée comme cause de ces difficultés (et non les cadences et la sélection

des intérimaires en usine par la performance). Dès lors, la professionnelle oriente Noémie vers des postes en milieu adapté : entreprise adaptée ou ESAT.

C'est sur cette recommandation que Noémie a effectué un stage au sein d'une entreprise adaptée, sur un poste d'assemblage sur une chaîne de production. Mais après trois semaines de stage- non rémunérées-, Noémie n'est pas retenue pour travailler dans la structure. L'explication qui lui est donnée est qu'elle « manque de dynamisme ».

« On fait un peu de la production enfin on assemble les pièces sur les machines et vice versa enfin moi, je connaissais pas la production je ne sais pas, j'avais une autre idée, mais ça m'intéressait pas. Et au final bah j'y étais et je l'ai fait et j'ai commencé à changer d'avis sur la production, ça a commencé à me plaire et j'ai fait des nouvelles connaissances avec les collègues et là, j'étais dans un environnement adapté et j'ai vu la différence quand même dans un milieu ordinaire et adapté donc, j'ai fait mes trois semaines. Au final, j'ai pas... on m'a pas embauché sur un poste parce que (soupir) pour mon manque de dynamisme, et que c'est pas la première fois qu'on me l'a dit parce qu'à mon premier stage que j'avais fait, mon tuteur m'avait dit qu'il faut, il faut y aller enfin rapide et tout. » (Noémie, 23 ans)

Ce manque de « dynamisme », traduit dans bien des expériences de Noémie une inadéquation entre les cadences imposées par les entreprises et son rendement. Ce qui nous frappe dans le récit de Noémie, c'est la violence du marché du travail pour des jeunes personnes cumulant difficultés sociales et problématiques de santé, violence double puisqu'en plus d'exclure et de faire souffrir, elle fait peser sur les individus la responsabilité de leurs échecs. Ainsi, lorsque Noémie raconte qu'elle souffre de sa situation et qu'elle envisage de voir un psychologue pour l'aider, elle parle de *se faire violence pour régler son propre problème*. C'est là l'incapacité à répondre à une injonction sociale de productivité par le travail qui est source de souffrance et de plus intériorisée comme étant de la responsabilité de l'individu (Ehrenberg, 1991,1998).

« Après, il y a un ami qui m'a dit qu'il y a un psychologue pris en charge par la CMU au centre-ville, mais je n'y ai toujours pas été. Après, de raconter sa vie comme ça, mais non, je ne fais pas. Mais pour le moment, j'ai arrêté tout ce qui est suivi... après maintenant, j'ai essayé de me faire violence et de régler mon propre problème, mais des moments, j'y arrive pas à m'aider moi-même quoi, je peux arriver à aider les autres, mais moi-même déjà, ça va prendre du temps et j'y arrive pas. Donc il faudrait que... voilà. » (Noémie, 23 ans)

La logique d'activation mobilisée par la conseillère induit une approche morale spécifique des aides financières. Ainsi, alors qu'elle incite Noémie à s'orienter vers le travail en milieu protégé, elle ne lui parle pas de l'Allocation Adulte Handicapé. La conseillère nous dit d'ailleurs à propos de l'AAH (sans parler spécifiquement de Noémie) :

« C'est pas toujours aidant l'AAH. Parce que pour certains, ça les conforte en quelque chose, bon moi de toute façon moi j'ai l'AAH, je suis vraiment handicapée, je peux pas travailler.

Et pour d'autres, ça leur montre vraiment pas non plus la réalité du monde qui les entoure. Comment dire ?

Certains sont en capacité de travailler. C'est juste que voilà, ils ont pas forcément envie. C'est différent en fait. Donc moi l'AAH, je la demande pas systématiquement. » (Conseillère mission locale)

Conclusion

Le panorama des dispositifs et acteurs de l'accompagnement pour l'insertion professionnelle des jeunes montre une confrontation entre deux logiques d'action : l'une qui préconise une approche globale de la personne et prend en compte les déterminants sociaux qui freinent son entrée ou maintien dans un emploi ; l'autre plus individuelle, qui cible l'emploi comme priorité, devant permettre de régler ensuite les difficultés sociales des personnes. Le développement des « Job coach » est représentatif de ce nouveau modèle. Dans les pratiques, ces deux cadres cognitifs semblent se mélanger et donnent lieu parfois à une organisation du système contradictoire. Ainsi, des associations sont-elles financées pour accompagner dans l'emploi des personnes en difficulté psychique, sont invitées à prendre en compte les facteurs sociaux susceptibles d'empêcher l'insertion, mais dans un cadre temporel limité. Or les expériences passées de ces structures semblent montrer l'importance d'avoir une temporalité de l'action souple et parfois longue. Du fait du type de financement actuel par appel à projet, il semble que les structures tendent à se conformer aux demandes des financeurs et disposent ensuite de marges de manœuvre limitées pour négocier d'autres modalités d'accompagnement, car elles risquent alors de mettre en péril leur pérennité.

Une autre observation importante émane de ce descriptif du champ de l'action : il existe peu de services intermédiaires, entre le champ du handicap et le milieu ordinaire, pour accompagner des jeunes avec des troubles psychiques. Pourtant, le territoire de Villerose semble particulièrement bien doté en services. Cela amène à ce que les jeunes soient orientés plus rapidement vers une reconnaissance institutionnelle d'un handicap psychique, pour disposer d'accompagnements renforcés et adaptés à leur problématique de santé, d'autant plus que les troubles psychiques déstabilisent grandement les professionnels de milieu ordinaire (comme nous l'avons vu pour les conseillers de mission locale). Or, dans les faits, les structures du champ du handicap nous indiquent qu'elles accompagnent peu de jeunes tandis que celles du milieu ordinaire décrivent pour toutes celles que nous avons rencontrées, une augmentation de la part de jeunes avec des troubles psychiques. Les professionnels semblent en effet prudents dans leurs orientations vers le secteur du handicap (hormis

pour les jeunes qui ont déjà un parcours de quelques années en psychiatrie, comme c'est le cas pour Enzo et Marin ; ou ceux qui sont dans des situations financière précaires, sans aide familiale, qui sont dans un processus de désaffiliation et pour lesquels le statut de personne handicapée apparait comme la dernière forme de protection possible).

Dans ce contexte, les modalités de financement des dispositifs d'action publique pour l'insertion vont encore jouer un rôle dans l'orientation de l'accompagnement des jeunes. C'est ce que montre par exemple l'étude de la garantie jeune, financée en grande partie par le nombre d'entrées dans le dispositif : plus le nombre d'entrées négocié est important, plus les critères d'admission dans le dispositif sont larges. Cela explique pour certains professionnels, la part importante de jeunes avec des troubles psychiques, bien qu'ils soient souvent très éloignés de l'emploi du fait de leurs problématiques de santé, dans le dispositif.

Les modalités de financement actuelles par appel à projet ont également pour impact une transformation du paysage local de l'offre d'accompagnement : des associations disparaissent, d'autres se réunissent pour avoir plus de poids, des acteurs historiquement extérieurs au territoire mais de grande taille apparaissent, etc. Il impacte également les marges de manœuvre des structures dans leurs possibilités d'accompagnement et rend plus difficile une approche globale des parcours des jeunes au profit d'une logique d'activation.

Enfin, notons un autre effet du contexte financier tendu dans ce secteur de l'action publique : faute de moyens, les mises à dispositions de professionnels entre structures se réduisent ou disparaissent. Or ce fonctionnement était décrit comme très utile tant pour favoriser la continuité de prises en charge, que pour connaître l'action des uns et des autres ou encore partager de l'expertise et proposer ainsi une approche plus globale et précise dans les accompagnements. Les partenariats actuels qui perdurent sont dans ce sens décrits comme très précieux (c'est le cas par exemple des réunions entre la mission locale et l'équipe mobile de psychiatrie). Mais ils apparaissent très dépendants des acteurs et, ou vulnérables sur le plan financier (c'est le cas par exemple pour les permanences de l'association Aster à la mission locale qui ont cessé après quatre mois, ayant écoulé tout le budget disponible pour l'année).

La deuxième partie de ce chapitre porte sur une structure de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes : la mission locale. L'accompagnement d'un public avec des troubles psychiques apparait comme une des préoccupations importantes de la mission locale, qui interroge les professionnels, qui pour beaucoup se sentent démunis, dans leurs pratiques professionnelles et bousculent les frontières des missions de la structure. On voit dans cette partie l'importance des configurations locales en

termes de coordination entre secteurs de l'action publique (par exemple avec les rencontres mensuelles entre la mission locale et l'équipe mobile de psychiatrie), dans l'orientation de l'accompagnement des jeunes. La configuration plus large de l'action publique auprès des jeunes et sur la santé mentale, son cloisonnement par secteurs d'action publique, montre ses limites pour un public qui se trouve à l'intersection de ces derniers. L'insertion professionnelle des jeunes avec des troubles psychiques doit-elle être prise en charge par le secteur sanitaire, le secteur médico-social et le champ du handicap ou encore le secteur social ? Chacun de ces champs de l'action publique (et les dispositifs et structures qui les composent) a ses filtres d'entrée, très larges ou à l'inverse restreints. La mission locale, qui n'opère pas de filtrage des jeunes qu'elle accompagne se trouve ainsi placée comme un acteur intermédiaire, qui communique avec les différents secteurs (le soin en psychiatrie, la MDPH, les services sociaux, etc.) sans que les professionnels de la structure ne soient formés (ou peu) sur la problématique des troubles psychiques qui invite à les mobiliser. Dans ce contexte, nous avons observé des pratiques distinctes d'accompagnement par les professionnels selon qu'ils adoptent une approche distante avec la qualification des troubles et du handicap psychique ou à l'inverse qu'ils aient une lecture psychologique des parcours des jeunes ; ou encore selon qu'ils adhèrent à une approche globale de l'accompagnement des jeunes ou plutôt basée sur une logique d'activation.

Logiques d'activation et approche globale des parcours cohabitent encore dans les pratiques des professionnels et des institutions (Voléry, 2009). Elles poussent chacune à leur manière à renforcer deux rapports des jeunes au devenir adulte : par le placement social ou par la quête de soi. A situation égale de difficulté face à l'emploi, les jeunes les moins dotés en capital social, économique et culturel s'inscrivent plus dans le modèle du placement social. Le risque de déclassement social est très fortement ressenti, et amène plus rapidement à faire la concession de travailler dans des milieux protégés du champ du handicap, pour accéder à une forme de reconnaissance sociale par le travail et à une indépendance financière vis-à-vis de sa famille. Pour les jeunes plus dotés en capital social et symbolique, d'autres formes de reconnaissance sociale sont recherchées. Le passage à l'âge adulte est alors plus expérimenté sous la forme de la quête de soi, avec une dimension critique des normes d'insertion par l'emploi salarié traditionnel. Le chapitre suivant, le dernier de cette thèse, traite spécifiquement du rapport des jeunes rencontrés aux normes occupationnelles de la jeunesse et à leur inscription dans ces deux modèles du passage à l'âge adulte.

Chapitre 7 : Rapports aux normes occupationnelles par les jeunes : entre adhésion, négociation et réappropriation

Dans les deux chapitres précédents, nous avons analysé la circulation des jeunes au sein de dispositifs visant la scolarisation d'une part et l'accompagnement pour l'insertion dans l'emploi d'autre part. Ces deux activités, être scolarisé et chercher un emploi, sont les principales normes occupationnelles de la jeunesse. Le passage à l'âge adulte en France, est la période du placement social, période déterminante, au cours de laquelle les écarts à la norme sont perçus comme risqués. Les troubles psychiques nous l'avons vu, écartent les jeunes de ces normes occupationnelles, avec un retour à celles-ci incertain et ou selon des modalités différentes de celles envisagées avant que les troubles ne soient qualifiés.

Dans ce chapitre, nous tâchons de répondre à une question que nous n'avons pas traitée directement jusque-là : Quels rapports aux normes occupationnelles adoptent les jeunes confrontés à des troubles psychiques ? Nous nous demandons comment le rapport aux normes sociales de l'insertion dans l'âge adulte se modifie suite à l'apparition de troubles qui viennent bousculer les perspectives d'avenir. En nous appuyant sur le modèle théorique proposé par Michel Grossetti, nous cherchons ici à décrire les nouveaux ingrédients déterminants les parcours des jeunes suite à l'apparition des troubles : les finalités (projets, objectifs), les affects (émotions), les théories (les « allants de soi »), routines (traditions, conventions) et valeurs (conventions, jugements) des jeunes (Grossetti, 2004). Nous analysons ainsi l'évolution des perspectives concrètes d'avenir comme la possibilité de poursuivre la scolarité ou de s'insérer dans l'emploi, mais également la perception de leur identité sociale d'adulte.

Si nous nous plaçons principalement du point de vue des jeunes, il est éclairant d'interroger en miroir les représentations des normes occupationnelles par leur entourage familial et professionnel. Nous regardons dans ce cas comment différentes conceptions se combinent et participent à façonner les parcours de vie des jeunes. Ce que nous interrogeons de façon générale c'est la redéfinition de la place sociale des jeunes, suite à leur expérience des troubles psychiques.

Pour explorer cette dimension microsociale de notre objet de recherche, nous mobilisons les entretiens réalisés, avec les jeunes, des parents et des professionnels du scolaire et de l'insertion dans l'emploi. Nous avons interrogé les jeunes rencontrés sur leurs parcours de vie, mais aussi sur leurs

motivations et leurs aspirations pour l'avenir. Ces questions nous permettent de dégager des informations concernant les valeurs et finalités d'action des jeunes. De la même manière pour les professionnels, et nous l'avons peut-être plus traité dans les chapitres précédents, nous nous sommes intéressée aux valeurs et finalités guidant leurs actions. La place des parents dans cette analyse peut paraître de second plan, mais elle est en fait présente à travers les jeunes qui s'y réfèrent presque dans chaque cas, soit pour s'appuyer dessus, soit pour s'en distinguer. Notre population d'enquête induit un biais dans le traitement de nos questions de départ. En effet, les jeunes que nous avons rencontrés sont pour la plupart inscrits dans des démarches pour reprendre une scolarité ou s'insérer dans un emploi¹³⁸. Malgré ce biais, il nous paraît intéressant de voir les nuances dans le rapport à ces normes et variations dans les déterminants individuels de l'action visant l'insertion scolaire et dans l'emploi.

Ce chapitre se compose de deux parties, qui correspondent aux deux normes occupationnelles que nous avons traitées jusque-là : la scolarité et l'insertion dans l'emploi.

Dans la première partie, nous traitons du rapport des jeunes avec la scolarité. Lorsque les troubles psychiques rendent difficile le maintien de la scolarité, nous avons vu dans le chapitre 5 comment les jeunes et leurs proches peuvent se mobiliser pour négocier un maintien de la scolarité. Ici, dans un premier point, nous traitons plus spécifiquement du lien entre scolarité et statut social de la jeunesse. Nous nous penchons sur l'articulation des dimensions affectives (honte engendrée par l'écart à la norme scolaire) et théoriques (un jeune de moins de 16 ans est un élève) en jeu dans la poursuite de la finalité de maintien de la scolarisation, ou tout au moins des apprentissages. Dans le deuxième point, nous abordons la perte du sens de la scolarité pour certains jeunes. Une dissonance se crée entre un objectif fixé : être le ou la meilleure à l'école, et une critique de ce fonctionnement compétitif et méritocratique biaisé. Les affects relatifs à l'école sont présentés alors sous le registre de la souffrance. Enfin, dans un dernier point, nous traitons de l'enjeu de la scolarité en termes de placement social. Les destins qui étaient envisagés, les aspirations scolaires et professionnelles des jeunes, sont également socialement situés et vont marquer la négociation de leurs parcours de vie.

Dans une seconde partie, nous traitons des différentes représentations du travail qui se dégagent des entretiens avec les jeunes et les professionnels. Nous reprenons pour présenter nos résultats, une typologie utilisée par Virginie Muniglia pour qualifier le rapport de jeunes sans soutien familial à l'emploi : l'orthodoxie, l'allodoxie et l'hétérodoxie. La plupart des jeunes rencontrés ont un rapport orthodoxe à la norme d'insertion dans l'emploi, c'est-à-dire qu'ils y adhèrent et aspirent à une insertion conventionnelle. D'autres jeunes se situent dans une forme d'allodoxie vis-à-vis de l'emploi,

¹³⁸ En effet, nous avons rencontré la plupart des jeunes soit par la mission locale soit par un service de scolarité d'une clinique.

ce malgré eux, lorsque leur projet professionnel est jugé inadéquat à leurs compétences ou possibilités au regard de leurs troubles qualifiés. Enfin, certains jeunes se placent dans une approche hétérodoxe de la norme d'insertion dans l'emploi, soit parce qu'ils s'en détachent après un long parcours, soit parce qu'ils se dégagent de l'injonction à se placer rapidement dans l'emploi et prennent le temps d'explorer différentes pistes professionnelles mais aussi occupationnelles. Pour ce dernier profil, le soutien financier de l'entourage apparaît déterminant, d'autant plus avant 25 ans, lorsque les jeunes ne peuvent bénéficier des minima sociaux et sont peu à avoir d'Allocation Adulte Handicapé¹³⁹.

1. Le sens de la scolarité

Les entretiens réalisés avec les jeunes et les professionnels de l'éducation nationale, permettent de mettre en évidence différents sens donnés à la norme scolaire, qui vont influencer dans les activités, souhaits, négociations concernant les alternatives scolaires des jeunes. Autrement dit, ce que représente l'école pour chaque acteur va être un déterminant de la négociation de la norme scolaire. Pour tous les jeunes rencontrés, être scolarisé est un allant de soi, une norme d'âge qui n'est pas remise en question. Comment les troubles psychiques, lorsqu'ils impactent la scolarité, transforment les affects, théories et objectifs des jeunes concernant leur scolarité ? Autrement dit, comment vivent-ils leur scolarité ? Comment leurs représentations de l'école interagissent avec celles de leurs proches et des professionnels, façonnant des rapports de pouvoirs clés pour la négociation de leurs parcours scolaires ? Nous allons dans ce point traverser les différentes approches de la scolarité et analyser la manière dont elles ont joué un rôle dans le parcours des jeunes.

1.1 Ecole et reconnaissance

« Etre élève », c'est le rôle et statut social attendu pour toute personne entre 3 et 16 ans en France. Que vivent les jeunes qui ne sont plus en mesure de tenir ce rôle ? Comment réagissent les professionnels qui les accompagnent ? Du côté des jeunes, les registres affectifs de la honte sont très fortement mobilisés. Ils se sentent illégitimes socialement et tentent de se rapprocher le plus possible de la norme scolaire pour apaiser ces émotions, qui vont être des moteurs de leurs actions.

¹³⁹ Cf Chapitres 4 et 6.

1.1.1 Scolarité et scansion biographique, « C'est comme un disque rayé »

La scolarité et son déroulement marque le tempo des temps sociaux et parcours de vie des jeunes. « *L'organisation scolaire définit un certain nombre d'étapes, degrés de la carrière scolaire, qui sont aussi pour les plus importants d'entre eux, des étapes biographiques. Cette définition tend à faire loi, au moins sous forme de cursus de référence, pour l'ensemble de la population des jeunes.* » (Chamboredon, 2015, p3). Ainsi, les jeunes confrontés à des troubles psychiques les éloignant de la scolarité, se trouvent dans un écart à la norme sociale de leur âge. Plus encore, l'éloignement de l'école constitue pour certains un bousculement des repères et de l'identité source de souffrance. Cette situation est ambivalente : la scolarité en milieu ordinaire est source d'une souffrance que l'éloignement de l'école n'apaise pas. Nadine décrit comment l'écart au statut et à la norme occupationnelle d'âge qu'est la scolarité génère chez elle de la honte, un sentiment de n'être à sa place nulle part.

« Je restais chez moi et j'avais tellement honte. En fait, je me sentais mal d'être dehors pendant que les autres étaient en cours. C'est pas qu'on me voit, pas du tout, je me sentais mal, j'avais l'impression de rater quelque chose. C'est contradictoire, j'avais l'impression de rater quelque chose, mais je n'y allais pas. C'était une torture. Par exemple, pendant la période où eux passaient le Bac et moi je ne venais pas, je ne suis pas venue aux épreuves, je n'osais pas allumer la télé parce que dans les infos, Le petit journal et compagnie, ils ne parlent que de ça du Bac et je ne pouvais plus regarder. Moi, je ne regarde que ça, les infos. Donc, j'éteignais la télé, je me sentais mal, je ratais quelque chose. J'étais là en train de me détruire et je ratais quelque chose. » (Nadine, 23 ans)

La scolarité marque les temps sociaux des jeunes, et dans un contexte français où l'injonction à aller vite et droit est forte (Van de Velde, 2008), chaque année en dehors de l'école ou sans passer au niveau scolaire supérieur est vécue comme du « retard » ou un arrêt anormal. Nadine parle de « disque rayé », comme métaphore d'une répétition des tentatives de passer son bac.

« Et c'est comme un disque rayé je recommençais à chaque année à refaire la même chose, à me réinscrire et je ne l'ai jamais eu ce Bac. » (Nadine, 23 ans)

Pour Lou qui retourne dans un établissement scolaire (service de la clinique), après plusieurs années de scolarisation via le CNED, l'écart d'âge qu'elle constate entre elle et les autres élèves est source de gêne.

Premier jour je dis à ma mère, ah je ne veux pas y aller franchement je me sens pas bien, en plus j'étais plus âgée que tout le monde quoi. Genre j'avais 20 ans, tout le monde avait 16-17 ans, 19 peut-être pour un qui était un peu dans mon cas mais qui avait jamais passé le bac vraiment. J'étais vraiment la seule à avoir fait plusieurs fois le bac. Yen a ils avaient arrêté leur

scolarité et tout moi je viens ici c'était pas trop trop mon cas. moi c'était plus j'étais carrément acharné [rire] la meuf elle y arrive pas, elle continue de continuer! Je me rappelle encore le premier jour on était tous autour de la table, y a tout le monde qui disait d'où il venait, moi j'étais avec ma petite chemise, mon petit pull en disant bon bah moi voilà ça fait 3 fois que j'ai pas le bac [rire]. Enfin j'étais vraiment pas à l'aise au début, je me suis pas dit tiens je vais avoir mon bac ici! (Lou, 22 ans)

Ces propos font écho aux travaux d'Hartmunt Rosa sur l'accélération des temps sociaux (Rosa, 2013). Pour maintenir sa place sociale, l'individu contemporain doit sans cesse être en mouvement, et « accélérer ». Lou, n'a pas vraiment cessé d'agir puisque pendant plusieurs années elle a tenté de passer son bac, soit au lycée, soit en candidat libre. Mais sans avancer dans ses études, elle décrit un sentiment de « retard » par rapport à la norme d'âge scolaire, un décalage qui lui fait perdre sa place sociale. Il y a là une désynchronisation des temps sociaux et de la temporalité personnelle de Lou (Rosa, 2013).

Ce récit de Lou met en évidence un autre élément largement abordé par les jeunes et les professionnels : l'importance d'obtenir un diplôme.

1.1.2 Obtenir son diplôme, « le baume qui allait soigner mes plaies »

L'obtention du diplôme apparaît comme un moyen de réduire l'écart à la norme, d'avoir une place sociale. L'absence de scolarité ou l'écart à sa temporalité normée produit un sentiment d'« illégitimité sociale », source d'humiliation, de souffrance et de culpabilité pour des jeunes qui ont de plus, peur de décevoir les attentes familiales. C'est ce que décrivent très bien les propos de Nadine. Cette jeune femme vient d'un milieu modeste. Elle nous dit que ses parents n'ont pas fait d'études et exercent des métiers ne nécessitant pas de diplômes. Bonne élève pendant toute sa scolarité, Nadine va dans un lycée général, en filière ES après son brevet, contrairement à la majorité des jeunes femmes de son collège, provenant également de milieux modestes. Cette scolarité est pour Nadine et sa famille source de fierté et d'espoir d'ascension sociale. Mais Nadine n'obtient pas son bac, ce qu'elle décrit sur le registre de « l'humiliation ».

« Vous avez essayé de passer votre Bac plusieurs fois ?

J'ai essayé... Les trois années d'isolement, trois fois je me suis inscrite en candidature libre. La première, au CNED, pour avoir tous les cours et les deux en candidature libre, sans le CNED. Et je n'y arrive pas, j'ai l'impression d'y aller toute seule. J'avais l'impression d'y aller toute seule, sans attaches, de ne pas aller dans la bonne direction.

[...]

C'était un objectif, j'étais obsédée par avoir ce Bac parce que, en fait, je revivais ma Terminale et toutes les difficultés que j'y ai eues. Au lycée, j'étais harcelée et je me sentais humiliée. J'étais humiliée. Pas par le harcèlement mais par le fait de ne pas avoir de Bac, j'étais humiliée pendant ces trois années. En fait, pour moi, le Bac, c'était le baume qui allait vraiment soigner mes plaies psychologiques.

*Enfin, j'ai passé un DAEU et je l'ai eu. Ça a mis un peu de baume quand même. »
(Nadine, 23 ans)*

Nadine vit avec tellement de difficultés le fait de ne pas avoir de diplômes qu'elle préfère le cacher à tout son entourage et leur mentir. Elle se sent ensuite piégée par ses mensonges et de peur d'être démasquée, s'isole pendant presque 3 ans dans sa chambre, chez sa mère.

« Et ce qui était difficile à vivre, c'est mon père qui ne comprenait pas...Je n'osais pas. Quand il venait, je me cachais, en fait, c'est terrible, hein, je me cachais, je ne voulais pas lui parler et, en fait, il prenait ça pour lui, mais pas du tout, j'avais honte ! Mon père attendait beaucoup de moi. Il attendait ce qu'on attend de son enfant, en termes d'études. Je n'arrivais pas à lui expliquer, je n'ai jamais dit que je n'ai pas eu mon Bac, je n'ai jamais dit ça. Je lui ai dit : « j'ai passé certaines épreuves », j'ai menti à moitié. Enfin, je lui disais : « j'ai passé certaines épreuves », je pensais aux épreuves de Première, au Bac, SVT et autres, mais je ne disais pas : « j'ai pas eu mon Bac ». Je n'arrivais pas à le dire, ça. » (Nadine, 23 ans)

1.1.3 Rester un apprenant, « au moins, ça va m'enrichir »

Plusieurs des jeunes que nous avons rencontrés, qui se situent en dehors de la scolarité, témoignent de leur volonté à rester un apprenant. S'ils ne peuvent avoir le statut d'élève, ils en exercent l'activité principale. Continuer à apprendre par eux-mêmes leur donne un sentiment de légitimité dans l'occupation de leur temps et apaise la culpabilité générée par leur déviance vis-à-vis du statut scolaire.

« Je restais chez moi, oui, je restais chez moi. Sur l'ordinateur, à lire, j'essayais de trouver satisfaction, une satisfaction psychologique à lire des choses sur Internet. Il fallait que je trouve une légitimité et je me suis dit : bon, ça, ça va m'enrichir, tant pis, je ne suis pas au bac mais au moins, ça, ça va m'enrichir. Et je sortais après la fin des épreuves parce que, enfin, si j'allais dehors après la fin des épreuves parce que les autres aussi, étaient dehors. » (Nadine, 23 ans).

Continuer à apprendre permet également de compenser avec le sentiment de se mettre en retard par rapport à ses pairs scolarisés. Il s'agit d'acquérir des compétences valorisables par la suite, de rester actif.

“Bah, du coup, je suis pas allée en cours, mais je regardais tellement de séries. J'étais sur des sites en anglais. J'ai lu en anglais. Pour moi, je suis devenue bilingue. Donc, j'ai pas trop perdu mon temps non plus.” (Fanny, 20 ans).

L'apprentissage peut également être poursuivi, en dehors d'une approche en termes de parcours scolaire et de diplôme, en visant l'épanouissement individuel que procure le savoir. C'est dans cette

approche que le service de scolarité de la clinique proposait pendant un temps un « parcours culture ». C'est ce que me présente en entretien une enseignante du service.

« Il y a des gens qui ne sont pas au niveau pour passer un bac général, professionnel, technologique et qui sont adressés au service de scolarité de la clinique et on va plutôt leur proposer un « parcours culture », où ils assistent au cours, sans qu'il y ait de notes. Alors, ils ont un intérêt pour les connaissances théoriques mais ils ne sont pas capables d'intégrer une formation après. Parfois, on est dans le cadre de pathologies très avancées où même il y a un problème d'échéance de vie, et il faut aussi que l'individu y trouve son compte, soit content d'être avec les autres aussi ; parfois, c'est plus presque pour la socialisation qu'ils sont maintenus au service de scolarité de la clinique, mais on sait qu'ils ne passeront pas d'examen. » (Enseignante, service de scolarité-clinique)

Mais cette dernière approche ne semble pas dominante, y compris dans le service de scolarité de la clinique où aucun jeune n'était inscrit dans ce parcours au moment de notre enquête. En effet, y compris au sein de ce service, l'objectif de l'obtention du bac et du « raccrochage » à un parcours scolaire, est très présent dans les discours.

La volonté de certains jeunes et professionnels de maintenir les apprentissages peut donc s'inscrire dans cette approche du savoir comme vecteur de développement de soi, ou bien comme un investissement pour l'avenir. C'est aussi un moyen d'occuper son temps d'une façon socialement légitime. Puisque la jeunesse est l'âge des apprentissages, s'informer sur internet, dans les livres, apprendre par d'autres biais que l'école est un moyen détourné de répondre à cette attente sociale.

1.1.4 Socialisation et inclusion, « qu'elle ne perde pas pied »

De nombreux professionnels rencontrés abordent l'enjeu du maintien de la scolarité sous l'angle de la socialisation. Il s'agit de permettre aux jeunes de rester dans un collectif, plus que de viser l'acquisition de savoir ou le passage de niveaux et diplômes. La préoccupation de ces professionnels est d'éviter une situation d'isolement pour le jeune

« Donc... et en fait, ce qu'on a fait avec elle, euh c'est que on voulait absolument qu'elle... qu'elle revienne, qu'elle ne perde pas pied... enfin, que, voilà, qu'elle revienne dans l'établissement. Et donc en fait, ça a été très très à la carte, donc elle allait en cours, euh si elle ne se sentait pas, elle quittait le cours, elle pouvait venir à l'école toute la journée pour aller un quart d'heure en cours. Et elle passait son temps... elle pouvait passer son temps à l'infirmerie quoi. Donc... et ça, c'était... c'était accepté et c'était... parce que... et... et ça a fonctionné quoi. » (infirmière scolaire 2)

Du fait de cet objectif de socialisation au sein d'un établissement scolaire, avec des pairs, etc. les solutions de scolarisation à domicile pour des jeunes avec des troubles psychiques sont dans les discours des professionnels, à éviter.

« Quelle est la perception de la scolarisation à domicile si le maintien scolaire est une priorité ?

Elle est perçue comme une réponse par défaut. Il y a eu une époque où ça paraissait être la solution, la scolarisation à domicile, mais en fait, on a très vite constaté que c'est une solution scolaire mais ce n'est pas une vraie solution sociale, c'est même l'inverse. C'est-à-dire que souvent, ça renforce le trouble social d'avoir cette proposition, donc de plus en plus, l'idée, c'est des indications qui doivent être très réfléchies, qui doivent être ponctuelles, qui doivent surtout être réfléchies dans le cadre d'un projet de socialisation du jeune, s'il y a un moment où on fait ça, mais si la réponse apportée par la scolarisation à domicile maintient leur isolement, on estime que c'est une mauvaise solution. En plus, c'est particulier, puisqu'avec le CNED, il y a eu toute une époque où l'enseignement était sur papier mais, maintenant, de plus en plus, c'est aussi l'utilisation de l'outil informatique or on sait le lien très fort entre ces jeunes et leurs usages pour beaucoup de geeks, sur ces outils, qui fait qu'ils n'ont pas de rythme, qu'ils se désocialisent. Donc c'est une réponse qui peut parfois faire plus de mal que de bien, on a beaucoup de réserves maintenant là-dessus, beaucoup plus qu'à une époque. » (Médecin de l'Éducation Nationale)

Toutefois, comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce chapitre, de nombreux jeunes rencontrés (13/39) ont utilisés les services du CNED. Il semble donc y avoir deux logiques qui se confrontent, celles de professionnels dont la recommandation est d'éviter l'isolement social des jeunes que cette forme de scolarité amène, et celle des jeunes et de leurs parents qui souhaitent maintenir le statut d'élève et les espérances sociales qui y sont liées.

1.2 La perte de sens, « je me suis sentie différente »

Pour une des jeunes rencontrée, Camille, les troubles trouvent en partie leur origine dans une perte de sens de la scolarité. Camille est une jeune femme qui a toujours beaucoup investi sa scolarité. Elle a des résultats scolaires très bons, vient d'une famille avec un fort capital scolaire et est engagée dans une filière valorisée socialement. Mais cet investissement, sans pour autant qu'elle l'abandonne, ne fait plus sens, entraînant une sensation de perte de repère. Camille participe activement à ce qu'elle décrit comme une compétition scolaire, une course à la première place, sans que ses actions ne « résonnent » pour elle (Rosa, 2018). Le récit de Camille illustre la thèse défendue par Alain Ehrenberg ou encore par Hartmut Rosa, selon laquelle le fonctionnement social contemporain et ses injonctions au mouvement, à la compétition, à la performance, sont générateurs de souffrances psychiques (Rosa, 2013, Ehrenberg, 1991, 1996, 2000).

Ma vie était vraiment tournée autour du lycée en fait. Que les cours et tout. Mais ça n'avait pas euh...enfin ce que je faisais n'avait pas beaucoup de sens non plus pour moi. Parce que je savais pas trop pourquoi je travaillais.

A l'école ?

Ouais. Au lycée ouais, je me suis rendue compte que j'avais des, je cherchais toujours à avoir des meilleures notes mais je savais pas trop pourquoi en fait. Parce que j'avais été un peu habituée mais...et donc c'est à peu-près en, ça a commencé à peu-près en janvier, à la rentrée de janvier de la classe de première, ou vraiment j'ai commencé à dire le matin à ma mère que je ne voulais pas aller en cours. (Camille, 18 ans)

« Je pense qu'au lycée en fait je me suis sentie un peu comme si j'étais toute seule parce que je me suis sentie différente des autres parce que le weekend j'aimais pas sortir, euh... ouais. puis euh ils étalaient beaucoup leur argent, euh... ouais. Leur « moi j'ai 100 euros d'argent de poche par mois », enfin ouais. Je suis un peu tombée sur des gens comme ça. Donc du coup je me suis sentie différente et finalement je me suis sentie un peu toute seule. Ce que je pense que je n'avais pas trop été avant finalement. Parce qu'on était un peu tous pareil avant. Enfin au collège, ouais c'était un peu comme ça.

Et là tu te sentais différente à cause de ce milieu social particulier ?

Ouais y avait un peu de ça et puis au niveau des cours aussi. Quand j'ai commencé à me poser des questions sur pourquoi je faisais ça, pourquoi je cherchais à avoir les meilleures notes, je voyais que les autres à côté ils s'en fichaient en fait. Ils travaillaient et ils n'avaient pas ce recul que moi je pouvais avoir. Du coup je ne pouvais pas leur en parler non plus parce que ... parce qu'ils n'auraient pas compris. Donc ouais ça a mis une distance je pense.

Donc pour toi tes angoisses ça venait de ça ?

Ouais ça venait, je pense que ça venait de moi par rapport aux cours et de moi avec les autres. » (Camille, 18 ans)

Camille décrit la manière dont elle est entraînée avec son groupe d'amies, « toutes des très bonnes élèves », dans une compétition pour avoir les meilleurs résultats scolaires possibles. Elle décrit un engrenage paradoxal, puisqu'elle poursuit son très fort investissement scolaire qu'elle décrit pourtant comme étant source de beaucoup de souffrance. Elle décrit également ce qui peut s'apparenter à une lutte quotidienne pour masquer cette souffrance et gérer ainsi le stigmatisme auprès de ses enseignants et pairs de ses difficultés vis-à-vis de la scolarité dans un contexte compétitif.

C'est finalement le fait d'entrer dans le service de scolarité à la clinique qui lui permet de retrouver des repères. Cela lui a en effet permis de se détacher du contexte de compétition scolaire, d'organiser son travail selon un planning qui lui paraît plus raisonnable. L'entrée dans le service via la classe d'immersion lui a également permis de prendre le temps de réfléchir à son orientation future. Camille a depuis un projet professionnel et un plan d'études pour y accéder, redonnant ainsi du sens à son travail, la projection dans une identité et un statut social, des repères.

Ce sentiment d'être différente décrit par Camille, se retrouve chez beaucoup d'autres jeunes rencontrés. Ils se décrivent « seuls », « pas comme les autres ». Ils ressentent une dissonance entre la norme sociale et scolaire à laquelle semblent adhérer leurs pairs, et eux. Cette dissonance peut être à l'origine, non pas toujours d'une perte de sens, mais d'un trouble vis-à-vis des normes de fonctionnement social de leur classe d'âge, et se manifester par l'école, principal lieu de socialisation des jeunes.

1.2 Ecole et placement social

Si les affects jouent un rôle clé dans la négociation des parcours scolaires des jeunes, les objectifs de vie liés à leur milieu social d'origine sont également des déterminants forts. Les jeunes de milieux favorisés qui s'inscrivent dans le même destin social que leurs parents, ou encore les jeunes qui espèrent une ascension sociale par l'école, vont agir avec comme objectif de renouer avec la scolarité. Ils pourront être amenés à mobiliser des ressources par ailleurs jugées stigmatisantes, pour atteindre ce but. C'est le cas par exemple des jeunes et de leurs familles qui ont recours à la psychiatrie pour entrer dans le dispositif de scolarité de la clinique¹⁴⁰. A l'inverse, les jeunes pour qui les études longues, l'obtention de nombreux diplômes ne font pas partie de leur destin de classe sociale, vont moins mobiliser de dispositifs et s'orienter vers d'autres normes occupationnelles après la fin de la scolarité obligatoire.

1.2.1 Les attentes familiales

Le diplôme (ou dans le cas de Nadine l'obtention d'une équivalence), apparait comme un levier de reconnaissance sociale pour les jeunes. Certains décrivent un sentiment de honte très fort, face à leurs difficultés à réussir là où ils plaçaient leurs espoirs d'ascension sociale ou là où leurs familles n'avaient jamais envisagé qu'ils échouent. Pour les jeunes qui présentent ce profil, l'obtention de diplôme fait partie du destin social de la personne.

« Mais c'est sûr que, moi, vu le stress que j'avais emmagasiné pendant des années où mes parents, mes proches, me disaient : « toi le bac tu l'auras, c'est obligé, tu l'auras ! » Quand je ne l'ai pas eu j'ai pas compris ! » (Lou, 22 ans).

Cette attente sociale semble ancrée dans l'esprit des personnes, ce qui, lorsqu'elles n'y répondent pas, affecte leur estime d'eux-mêmes. Ils se sentent responsables de ce qu'ils considèrent comme un

¹⁴⁰ Cf Chapitre 5.

échec. Pourtant, comme le traitent les travaux de Gaëlle Henri Panabière sur « des « héritiers » en échec scolaire », « *pas plus que celles des enfants de milieu populaire, les difficultés scolaires de ces collégiens ne peuvent être réduites au résultat d'un manque de « dons » ou de « mérites » personnels* » (Henry-Panabière, 2010).

« En plus ma mère qui est prof de maths et tout, moi j'avais honte, hein, franchement, dans un sens de pas réussir dans cette voie-là. Ça m'énervait, tout le monde dans ma famille avait fait un bac S et j'étais la seule pauvre nouille à ne pas y arriver ! ça faisait vraiment... enfin j'avais l'impression que le sort s'acharnait sur moi ! J'étais la seule, il ne fallait pas que j'ai mon bac, enfin c'était... c'était affreux. » (Lou, 22 ans).

Cette recherche d'adéquation à la norme scolaire peut se faire pour répondre aux attentes de ses proches et ne pas décevoir leurs espérances. C'est le cas pour Julie par exemple, qui réalise un premier entretien pour entrer dans le service de scolarité de la clinique, « pour faire plaisir » à sa mère et qui finalement est convaincue par le dispositif qu'elle découvre.

« La première fois que t'as entendu parler du service de scolarité à la clinique, t'en as pensé quoi, tu te rappelles ?

Euh... bah j'avais pas trop d'avis au final, enfin c'était... Au début, c'était surtout pour faire plaisir à ma mère qu'on est allé voir, parce que du coup j'avais plus rien du tout et pour moi, j'allais pas retourner en cours donc... non. Et du coup ma mère m'a ..., je me suis dit : « bon, on va aller voir et puis on verra bien quoi », enfin j'étais pas forcément motivée. » (Julie, 20 ans)

C'est également le cas avec Gabriel. Les échanges qu'il a au cours des deux premiers entretiens (sur trois) avec la direction du service de scolarité de la clinique lui déplaisent. Mais il décide tout de même d'adapter son discours pour être sélectionné lors du troisième entretien.

« Dépité je lui ai sorti du coup-là : « oui, je vais y aller, mais juste... mais juste pour vous faire plaisir quoi ».

À qui ?

À mes parents et à mes sœurs. Et pour le troisième rendez-vous, ma sœur m'a accompagné, elle m'a choppé, elle m'a fait : « je te jure, tu as juste à dire ça ça ça ça ça », « ouais, mais vu que c'est un institut vraiment psycho, on pourrait peut-être dire plus machin. » (Gabriel, 18 ans)

Cette mobilisation familiale s'explique par le poids actuel du parcours scolaire dans la définition du futur statut social, et ce plus particulièrement encore pour les jeunes issus de milieux populaires. « *La dépendance à l'égard de l'école et les espoirs mis en elle afin de s'élever socialement seraient d'autant plus grands que la famille dispose de peu de ressources scolairement rentables et que les diplômés sont à la fois de plus en plus nécessaires et de moins en moins suffisants* (Bautier & Rochex, 1998). Nombre

de familles populaires se trouvent ainsi prises dans un même mouvement de soumission aux exigences et jugements de l'école et d'impuissance à agir efficacement pour améliorer les chances scolaires de leurs enfants. Dans ce contexte, le mode de reproduction du statut familial qui a longtemps consisté en une succession générationnelle réglée, que ce soit sous la forme d'une transmission économique du patrimoine familial ou, plus souvent, de la place aménagée à l'atelier ou à l'usine, s'est transmuée en une espérance scolaire à l'issue incertaine. Désormais, l'école représente le lieu où se joue non seulement le devenir individuel du jeune mais aussi celui de la lignée (Rochex, 1995). » (Périer, 2004)

Dans ce contexte, l'incapacité à aller à l'école et à obtenir des diplômes représente le risque pour les jeunes d'un destin social descendant par rapport à celui de leurs parents.

L'échec dans la sphère scolaire peut générer du mépris, comme le montrent les propos de Nadine qui dit se sentir humiliée de ne pas avoir le bac. On retrouve cet aspect chez d'autres jeunes. Ainsi, Laura nous dit-elle à propos de son frère qui a eu des difficultés à avoir son brevet :

« Mes parents ils voulaient quand même qu'il ait son brevet parce que bah ils disaient « le brevet c'est rien mais ne pas l'avoir c'est moins que rien ». (Laura, 18 ans)

L'incapacité à aller à l'école renvoie parfois à une forme d'inutilité du temps, qu'il s'agit de compenser par le travail. Par exemple, le père d'Emma souhaite qu'elle aille travailler à l'usine si jamais elle ne reprend pas sa scolarité. Sa fille n'ayant pas de diplôme, l'usine apparaît à la fois comme un lieu de travail pour le père et à la fois comme la signature de son échec scolaire, la fin de ses aspirations sociales pour Emma.

« Et étant donné que mon père quand même voulait m'envoyer à l'usine, parce que j'arrivais pas à aller en cours. Donc ce que je lui disais c'est que bah, étant première de la classe depuis le primaire ça fait mal quand tu entends ton père te dire d'aller à l'usine. Et puis bah voilà quoi, savoir qu'on peut faire autre chose quoi donc voilà on se dit qu'on préfère faire autre chose que de faire ça quand même. Et donc il disait que de toute façon comme je n'arrivais pas à aller en cours, qu'est-ce que je pouvais faire d'autre. » (Emma, 19 ans)

Cette situation décrite par Emma est représentative du caractère « urgent » du placement social chez les jeunes français. Son père n'envisage pas de lui laisser un temps pour explorer différentes pistes d'activités, comme cela est plus possible avec le modèle Danois du devenir adulte, sous forme de « quête de soi » (Van de Velde, 2006).

1.2.2 Investissement social

Le maintien de la scolarité est interrogé par certains professionnels au regard des possibilités de réinvestissement des apprentissages par le jeune pour son insertion professionnelle future.

« Après, on n'a pas d'orientation médico-sociale, on n'a pas d'orientation spécialisée ; c'est ce que les familles ont parfois du mal à comprendre : « oui, mais mon enfant est orienté en ULIS en lycée, donc, vous allez le prendre en ULIS en lycée ! » - Oui, mais sur quelle formation professionnelle ? C'est pas une orientation scolaire qu'on fait, c'est une orientation vers un dispositif d'aide à la scolarisation. Mais ça ne doit pas vider ce qu'est la scolarisation de son fondement puisque sinon, on vend du rêve. Je suis conscient des limites de la bienveillance d'accueillir jusqu'à 24 / 25 ans, des jeunes, en lycée, pour qu'ils soient simplement comme les autres. Parce qu'il y a bien un moment où il faut être confronté à la réalité. Il y a une sortie. Et même si on pouvait le faire, pourquoi pas... On l'a fait, hein ! Très exceptionnellement, notre doyen dans le département a quitté son lycée à 25 ans. Il ne savait toujours pas lire. Et puis, pendant cinq ans au lycée, puisqu'il est resté cinq ans au lycée. Tout le monde le connaissait comme le neveu du lycée. C'est de la bienveillance, ça ? » (Inspecteur de l'Éducation Nationale)

Cette logique se confronte à la vision de la scolarisation comme bénéfique car lieu de développement personnel et de socialisation. L'argument du principe de réalité nous interpelle particulièrement, car il est très fréquemment donné dans des situations où l'évaluation par un professionnel des capacités d'un jeune vient contredire les souhaits de celui-ci. Dans ce cas, il traduit la dissonance entre les objectifs de l'institution et ceux des acteurs qui s'y trouvent inscrits.

1.2.3 Ceux pour qui l'école n'est pas un horizon

La sociologie des inégalités scolaires montre que certains jeunes intègrent un destin social qui ne fait pas de l'obtention d'un diplôme un horizon à atteindre à tout prix (Dubet, 1991). C'est ce que nous dit Virginie en parlant de son rapport à la scolarité (et plus largement de celui des jeunes qu'elle assimile à son milieu social, « les jeunes de la rue », « les orphelins », ceux « qui ont des soucis dans la vie »), qu'elle met en balance avec le travail salarié.

« Ça va finir tout le temps comme ça et je ne supporte pas les études, je suis plus... la plupart des jeunes dans la rue ou orphelins ou autres, qui ont des soucis dans la vie, ils ne sont pas du tout études. De toute façon, ça nous casse trop la tête parce qu'il faut réfléchir, il faut retenir. On en a déjà assez dans la tête. Par contre, si on nous propose de travailler directement, là, par contre, on va dire « oui ». Et moi, je sais que j'ai quitté les études pour ça. C'était : je voulais du travail. Je suis mieux au travail. En plus, j'apprends mieux sur le terrain aussi que si on me parle comme ça pendant une heure, je ne vais même pas retenir la moitié. Ça va m'endormir, ouh... ! Que par contre, si je suis sur le terrain, on me dit comment faire, je vais être beaucoup à l'écoute, je vais apprendre. Je n'aime pas faire des erreurs donc, je vais refaire et je vais dire « est-ce que c'est bien ? Est-ce que je fais bien ? » Jusqu'à temps que j'ai acquis la chose et après, tout va bien et j'apprends autre chose et c'est comme ça que j'ai appris dans ma vie beaucoup de choses. Mais les études, elles ne m'ont servi à rien, strictement à rien. J'ai tout oublié de mes études par contre. Moi, qui me suis cassé la tête pourtant pour avoir même le brevet des collèges parce que j'ai eu beaucoup de lacunes suite à ma TS. J'ai loupé des mois et des mois d'école. » (Virginie, 23 ans)

Dans ce contexte, l'enjeu de rester un élève est davantage celui des institutions que du jeune lui-même. Là encore la frontière d'âge des 16 ans joue dans la mobilisation de dispositifs ou non.

Dans certains cas, ce sont les troubles psychiques qui se manifestent vis-à-vis du scolaire et rendent intenable cet horizon de faire des études. Certains jeunes racontent ainsi qu'ils « tiennent » jusqu'à 16 ans, puis arrêtent leur scolarité car ils n'ont plus d'obligation vis-à-vis de l'institution. C'est le cas par exemple pour Emeline.

« Je ne savais pas ce que c'était la phobie scolaire, je ne savais pas que ça portait un nom, donc je me suis forcée à aller à l'école jusqu'à mes 16 ans où là, j'ai craqué, j'ai dit stop et je me suis déscolarisée. » (Emeline)

Cet arrêt des études ne s'est pas fait sans coût social pour Emeline et sa mère avec qui elle habite. Elles côtoient en effet des personnes de classe moyenne, pour qui la norme est d'avoir un diplôme ou de travailler et qui pointent du doigt « l'inactivité » d'Emeline et le « laxisme » de sa mère.

« Vos deux sœurs aînées ont arrêté leurs études à 18 ans ?

Alors l'aînée, oui, à 18, la seconde, elle a arrêté en troisième. Mon frère, pareil, il a arrêté en troisième aussi à 16 ans. À la différence qu'eux, après, ils ont travaillé, ils ne sont pas restés dans une... C'est peut-être que ma sœur aînée qui a eu comme ça une petite période de flottement comme moi, ça doit être la seule.

Et votre mère, par rapport à ça, réagissait comment ?

Elle était inquiète. C'était très difficile parce qu'en tant que maman, on est forcément pointée du doigt. Les gens disent que c'est forcément parce qu'elle nous couve trop, forcément parce qu'il y a un lien fusionnel, alors que franchement, il y a plein d'autres familles où le lien n'est pas nécessairement fusionnel avec la maman, où ça arrive... Et donc, elle était un peu traitée de laxiste, de mère qui ne sait pas taper du poing, les réflexions, c'était : « Tu devrais la forcer... », des choses comme ça... Mais elle savait que ce n'était pas possible, que je risquais de faire peut-être des bêtises, que c'était tellement insurmontable pour moi qu'il valait mieux me laisser prendre du recul et me reconstruire, donc on communiquait toujours par rapport à ça et elle a toujours été très compréhensive par rapport à ça...

Ces réflexions qui venaient de son entourage, ça venait de qui ?

Ça venait soit de membres de sa famille, de frères, de sœurs, ou bien d'amis... De personnes qui ne comprenaient pas vraiment, pour qui il était inconcevable qu'un enfant puisse rester à la maison sans rien faire, entre guillemets. » (Emeline, 28 ans)

Dans le cas d'Emeline, ce rapport à la scolarité change, puisque 12 ans après avoir arrêté le lycée, elle a passé un diplôme d'accès aux études universitaires, dans la perspective de reprendre des études et de se former à un travail.

Nous devons également rappeler que les manifestations des troubles psychiques peuvent prendre des formes bruyantes (comportements agressifs, agités en classe et avec les pairs, attitudes de

défiante) qui ne suscitent pas autant de compassion que les signes de mal-être individuel qui ne prennent pas les autres à partie. De plus, ces manifestations sont parfois liées à une situation sociale complexe et à un rapport défiant à l'école. En effet, en cas de difficultés scolaires importantes, des attitudes de retrait du jeu scolaire (apathie, absentéisme...) ou, au contraire d'opposition manifeste peuvent se développer. L'indiscipline ou l'insolence peuvent alors être utilisées par les élèves comme moyen de construire une identité, déviante par rapport aux normes scolaires mais conforme par rapport aux normes juvéniles, notamment dans les milieux populaires, et conduire ainsi à de potentielles ruptures scolaires (Millet et Thin, 2005). Ces comportements ne sont généralement pas mis sur le compte d'une souffrance psychique individuelle et sont davantage compris par les acteurs du champ scolaire comme étant des perturbations des relations scolaires difficiles à gérer.

2. Quels rapports à la norme de l'insertion dans l'emploi ?

Les entretiens réalisés mettent en évidence différents rapports des jeunes et des professionnels à l'emploi. Dans son travail sur le devenir adulte de jeunes sans soutien familial, Virginie Muniglia identifie trois types de relations des jeunes à l'activité professionnelle.

La première est définie comme orthodoxe vis-à-vis de la norme d'insertion par le travail. Elle s'applique à des jeunes en situation de fragilité compensée, c'est-à-dire dans « *une situation de précarité économique liée à une insertion professionnelle difficile mais compensée par des supports sociaux importants qui constituent une alternative à la nécessité de recourir aux aides publiques* » (Muniglia, 2015, p111).

Le second type de rapport au travail est qualifié d'allodoxe, c'est-à-dire qu'il y a « *un décalage entre les aspirations et l'identité institutionnelle (« jeunes éloignés de l'emploi ») qui leur est attribué par les services d'aide, ce qui fragilise les possibilités de leur accompagnement* ». (Muniglia, 2015, p 205). Ce rapport allodoxe caractérise des jeunes qui se trouvent dans une situation de « dépendance contrainte » vis-à-vis des aides publiques et sans solidarités familiales ou électives.

Enfin, le troisième type de rapport à l'activité professionnelle se place dans l'hétérodoxie. Il s'applique à des jeunes inscrits dans une « *marginalité organisée* » qui « *se caractérise par une situation d'extrême précarité économique tout en s'inscrivant cependant dans un lien de participation élective qui permet de se tenir à distance de la relation d'assistance* » (Muniglia, 2015, p 295).

Le rapport à l'activité professionnelle des jeunes que nous avons rencontrés, bien qu'ils aient un soutien familial pour une partie d'entre eux, et bien que nous observions des nuances, fait écho à ces trois grands profils.

La majorité des jeunes rencontrés entretiennent un rapport conforme à la norme d'insertion par le travail. Le travail est pour eux un vecteur de sécurité financière, d'émancipation de leur famille ou des aides publiques et de reconnaissance. Ces jeunes se trouvent dans un rapport « orthodoxe » à la norme.

Une part des jeunes rencontrés entretient un rapport « allodoxe » au travail, c'est-à-dire qu'ils sont confrontés à un écart entre leurs aspirations professionnelles et l'identité qui leur est assignée par les institutions d'aide. Si cet écart entre les aspirations des jeunes et ce que les professionnels estiment qu'ils peuvent réaliser est également déterminé par le niveau de diplôme des jeunes, une dimension supplémentaire entre en jeu : celle de l'évaluation de l'impact des troubles psychiques sur l'activité professionnelle.

Enfin, nos matériaux entrent également en résonance avec le troisième rapport au travail décrit sous le qualificatif de l'hétérodoxie à la norme professionnelle, mais avec une première nuance de taille : il s'applique à des jeunes qui bénéficient de solidarités familiales fortes. Autre variation par rapport au public décrit par Virginie Muniglia, cette hétérodoxie semble passagère et liée à l'impact des troubles psychiques : les jeunes envisagent de travailler, mais sur du plus long terme, quand leurs troubles seront stabilisés ou guéris. Ils pensent la jeunesse comme une période de construction identitaire sur le modèle de la quête de soi, sans passer obligatoirement par l'emploi.

Dans ce point, nous présentons le rapport des jeunes à la norme d'insertion dans l'emploi, par le biais de cette typologie. Nous mobilisons plusieurs variables d'analyse : le milieu social d'origine des jeunes, les finalités et valeurs qui guident leurs actions.

2.1 Un rapport orthodoxe à la norme de l'insertion par l'emploi

Pour une grande majorité des jeunes que nous avons rencontrés, l'activité professionnelle occupe une place centrale dans leurs projets à court terme. Le travail est pour eux le vecteur d'indépendance financière, de lien social et de reconnaissance auxquels ils aspirent. C'est aussi une occupation légitime, un « allant de soi », pour des jeunes dont le quotidien se caractérise par une forme d'apesanteur sociale et temporelle.

2.1.1 « J'aimerais bien trouver quelque chose pour m'occuper »

Ne pas travailler, ni suivre de formation ou d'études, crée un rapport au temps différent, qui s'allonge, dans une société moderne qui se caractérise par l'accélération (Rosa, 2010). L'ennui apparaît pour certains jeunes être un moteur des démarches d'insertion professionnelle. C'est le cas par exemple pour Ophélie, qui a arrêté ses études universitaires en cours de cursus. Paradoxalement, Ophélie souhaite travailler rapidement pour avoir des ressources mais prend son temps avant de s'engager, par peur de faire un mauvais choix dans l'utilisation du dispositif de service civique qu'elle ne peut mobiliser qu'une seule fois. Les sentiments à la fois d'urgence et le besoin de lenteur se confrontent dans le propos d'Ophélie.

« Du coup, on m'a parlé des services civiques aussi qui peuvent être intéressants, donc je n'ai pas encore fait de choix à ce niveau-là, parce que comme c'est un service unique, je me dis : « Bon, il faut voir ce qui me plaît plutôt et tout », du coup je me suis pas trop penchée dessus. Surtout que c'est quelque chose dont j'aimerais bien prendre le temps de réfléchir et dans l'immédiat, en fait, vraiment j'aimerais bien juste me faire de l'argent histoire d'avoir ça au moins quoi, et histoire d'avoir un revenu et aussi de m'occuper, parce que du coup, je ne fais quasiment rien de mes journées. Tout ce que j'ai, c'est le conservatoire. Donc, c'est déjà bien que j'ai ça. Mais du coup, les journées sont longues et effectivement, j'aimerais bien trouver quelque chose pour m'occuper. » (Ophélie, 20 ans)

Cette dissonance dans le rapport social au temps peut également être génératrice de souffrance. C'est pourquoi plusieurs jeunes racontent la manière dont ils essaient d'occuper leur temps avec des activités légitimes au regard de la norme sociale. Malgré cela, la description par certains jeunes de leur agenda traduit une forme d'apesanteur temporelle et sociale. C'est le cas par exemple pour Noémie, dont l'agenda est ponctué de rendez-vous hebdomadaires avec des professionnels de la mission locale, ses démarches individuelles de recherche d'emploi ou encore ses sorties pour aller au sport. Noémie est en fin de dispositif garantie jeunes. On peut donc supposer que ses rendez-vous avec des professionnels seront encore allégés à la fin du dispositif. Noémie sort parfois avec ses amis, mais ses faibles ressources financières sont un frein à ce type de sortie.

« De toute façon, ma conseillère que j'ai vu vendredi dernier de garantie jeunes, elle m'a prescrit un rendez-vous avec la psy d'orientation ce mercredi, dans deux jours bah pour savoir si mon dynamisme vient de mon handicap ou de moi-même. C'est vrai que ça fait partie de mon tempérament enfin, je suis pas forcément dynamique quoi, donc... donc je ne sais pas, on va analyser ça mercredi donc...

À la Mission locale ?

Oui. Sinon, c'est tout ce que j'ai comme rendez-vous. Sinon après moi, je fais mes petites démarches agences d'intérim ou je regarde en ligne. Après, c'est un peu chiant de regarder en ligne, déjà, ça me travaille les yeux et puis, il y a plein de pages, c'est un peu fatigant. Il y a déjà

quelques pistes, mais je dois envoyer spontanément. Après, c'est plus la rédaction de la lettre de motivation qui me gêne et il y a des lieux pour aider donc...

Donc, tu demandes de l'aide dans ce cas-là ?

C'est ça. Sinon, je revois mes conseillères en aout, il y a encore une marge, moins de trois semaines, donc je cherche, je cherche. Mais c'est vrai que là, on est en grandes vacances donc il n'y a pas beaucoup d'offres.

Donc, la journée, tu cherches, tu fais des démarches ?

C'est ça ou je vais en salle de sport parce que je m'ennuie. Bah il y en a qui disent que j'ai de la chance, mais au bout d'un moment, c'est ennuyeux. Quand on n'a rien à faire pour s'occuper de la journée, c'est ennuyeux. » (Noémie, 20 ans)

De nombreux professionnels rencontrés relient également la structuration du temps et des activités avec la stabilisation de la personne, voir même, dans une approche psychologique, à la structuration de sa psyché. On peut ici faire le parallèle entre cette vision thérapeutique de l'activité professionnelle avec celle de la scolarité présentée dans le chapitre précédent.

« Puis en plus les effets de travailler c'est... comment dire, ça organise quelqu'un, ça a des effets thérapeutiques aussi. Ça organise, ça restructure sa journée, ça organise sa pensée, parce que quand vous avez le réveil qui sonne, vous savez ce que vous allez faire, les tâches vont s'enchaîner, alors que si vous n'avez rien à faire c'est très déstabilisant. Ça n'aide pas à se lever, à... à se laver (Rire.) à... enfin à avoir des buts quoi. Ça ils le disent les personnes, elles ont raison. Donc ça a aussi une fonction très, quand c'est possible, thérapeutique et structurante. Mais qu'on soit malade ou pas malade d'ailleurs, parce que voilà. » (Professionnel SAVS Jonquille)

2.1.2 « C'est bon, je vais rencontrer des gens »

Un autre aspect ressort des propos de ces jeunes, c'est la volonté de briser la solitude à laquelle ils font face. Retrouver une activité normée telle qu'un emploi ou une formation, c'est renouer avec des pairs, et avoir des liens de participation organique (Paugam, 2008). Ce type de lien apparaît d'autant plus précieux pour des jeunes qui sont souvent célibataires (33/39) pour les jeunes que nous avons rencontrés) ou qui se sentent de faibles liens avec leurs familles.

« On est une très bonne classe et on s'entend très bien, chacun partage son expérience. C'est super intéressant. C'est dommage que...la formation est très dure. C'est très...il faut y aller ! Après, je me dis...j'avais dit à la conseillère santé de la mission locale : « ben, je m'en fous où je vais mais au moins, je vais être occupée. » C'est ce que j'avais dit : « C'est bon, je suis prise dans une école, c'est bon je vais être occupée, je vais rencontrer des gens ». Au début je ne suis pas venue pour avoir mon examen hein ! C'est de me dire : ça y est, j'ai trouvé une porte de sortie. Ça n'a même pas été de se dire : « non, je viens juste pour avoir mon examen ». Ça n'a pas été

ça, moi. Ça a été de se dire : « c'est bon, je vais rencontrer des gens, je vais être occupée, je vais me faire des amis. C'était ça. » (Suzanne, 23 ans).

Les relations avec les pairs sont souvent décrites comme compliquées par les jeunes que nous avons rencontrés. Ils ont d'ailleurs bien souvent rompu les liens avec les amis qu'ils fréquentaient avant l'apparition de leurs troubles. C'est le cas par exemple pour les jeunes qui sont dans le service de scolarité de la clinique : leurs amis sont ceux qu'ils ont rencontrés dans la clinique. Pour les jeunes qui ne sont pas allés dans cette structure, beaucoup décrivent un isolement relationnel très important. Cet isolement est dans certains cas recherché pour s'éloigner de relations que la personne juge néfaste pour elle-même. C'est le cas par exemple pour des jeunes qui ont eu des problèmes d'addiction et ne veulent plus fréquenter les personnes avec lesquelles elles consommaient.

« J'ai tiré un trait sur tous mes amis que j'ai eus avant – j'appelle ça plutôt mes amis d'alcool, mes fameuses soirées – je les ai tous ignorés. Je leur parle un peu de temps en temps, ils sont là « oui, on se voit, on se fait une soirée et tout » « Non, non, je suis occupée, j'ai autre chose à faire » Enfin, j'essaye de les éviter au maximum. Je veux bien parler de loin mais je n'ai pas trop envie d'aller les voir. [...] parce que je connais le type de soirées qu'ils font parce qu'ils n'ont pas changé. Non, j'ai quasiment plus d'amis et depuis que je suis agent de médiation, j'ai appris à... j'essaye de me refaire de nouveaux amis et puis, j'essaye de reprendre confiance en moi. [...] C'est pour ça que maintenant, mes amis, je peux les compter un peu sur les doigts de la main. Je peux dire que j'en ai gardé un de mon dernier emploi. Dans quelques mois, je pourrais te dire si j'en ai gardé de la formation. » (Lucie, 24 ans)

S'inscrire dans un nouvel environnement professionnel ou une formation apparaît comme un moyen de créer des liens avec de nouvelles personnes, d'appartenir à un groupe.

2.1.3 « Pour tenir debout et être quelqu'un dans la société »

La lecture de l'insertion dans l'emploi peut également être faite en termes de reconnaissance (Honneth, 1992). Les propos de beaucoup de jeunes rencontrés font en effet écho à la théorie de la reconnaissance d'Axel Honneth. Ce dernier défend l'idée selon laquelle le rapport à soi se définit dans le rapport à l'autre. Conscience de soi et reconnaissance par autrui sont liés. Il définit trois sphères de reconnaissance : la sphère affective, celle juridico-politique et enfin celle de la reconnaissance sociale, c'est à dire l'estime sociale qui permet aux individus de se rapporter positivement à leurs qualités et aptitudes. Dans le contexte Français où le placement social au moment du passage à l'âge adulte s'opère majoritairement vis-à-vis de l'obtention d'un diplôme et le premier emploi (Van de Velde, 2008), le statut dans l'emploi apparaît déterminant dans la hiérarchisation de l'estime sociale des jeunes.

C'est ce que traduisent les propos de Mathéo. Mathéo a 24 ans. Il a déjà eu de nombreuses expériences professionnelles, au cours desquelles il s'est senti reconnu pour la qualité de son travail, ce qui participe à maintenir une bonne estime de lui-même sur cet aspect professionnel. Pour Mathéo, ses troubles psychiques n'ont pas été source de mépris social dans la sphère professionnelle.

« Et voilà. Donc, c'est vrai que... même s'il y a eu des grands changements dans... enfin... au niveau de l'acceptation de la maladie, du fait de... de comprendre, enfin, d'essayer d'avoir une hygiène de vie, il y a toujours, quand même, ce côté... compliqué... qui peut...où les choses ressortent à un moment ou à un autre.

Mais autrement, au niveau professionnel, ça m'a... j'ai toujours été quelqu'un... je pense que... quelqu'un d'important dans l'équipe, dans le sens où même lorsque... donc, tout ça, les gens ne le savaient... enfin... on me gardait, généralement. On m'a toujours... Enfin... Alors que d'autres collègues qui faisaient la même « connerie », entre guillemets, enfin... n'arrivaient pas à se lever le matin, c'était un avertissement, tout ça. Moi, on ne savait pas ce que c'était, mais j'ai... Bon... J'ai jamais eu de souci auprès de mes employeurs par rapport à ça. Et puis, pareil, à chaque fois que je suis parti, c'était... Ben, la preuve, on m'a rappelé pour revenir travailler pour faire un remplacement. Donc, ça veut dire que, quand même, mine de rien, les gens savaient... enfin, savent de quoi je suis capable. Mais bon, ça... Enfin, voilà, quoi (il rit) » (Mathéo)

Ce récit de Mathéo fait particulièrement bien écho aux propos d'Axel Honneth : « Une personne ne peut se juger « estimable » que si elle se sent reconnue dans des prestations qui ne pourraient être aussi bien assurées par d'autres » (Honneth, 1992, p 213). Ainsi, Mathéo, pour une « faute » similaire à celle commise par un collègue n'a pas d'avertissement contrairement à lui, et ce car il a de la valeur pour ses employeurs.

A l'inverse, l'absence de travail ou l'incapacité à se maintenir sur du long terme à un poste, expose la personne au mépris social, à la stigmatisation. Ce phénomène stigmatisant est d'autant plus fort que le travail constitue d'une part la norme occupationnelle principale chez des personnes ayant terminé leurs études et d'autre part car le statut professionnel est dans bien des cas le premier élément de vie questionné lorsque l'on rencontre une nouvelle personne. Il semble donc difficile de ne pas dire cet écart à la norme. La stigmatisation apparaît double lorsque ce sont des troubles psychiques qui sont la cause de cette déviance que constitue le fait de ne pas travailler. En effet, les troubles psychiques, dans bien des cas, sont invisibles. Justifier de son absence de travail c'est s'exposer à cette stigmatisation supplémentaire que constituent les troubles psychiques. De même, dire que l'on a une reconnaissance d'un handicap, c'est révéler dans bien des cas son origine, psychique. C'est ce que décrit Laetitia en racontant sa stratégie de gestion du stigmate en soirée.

« En soi, ce n'est pas une honte d'être au chômage, mais... Par exemple, quand je croise des amis, en cours de soirée, ou quoi que ce soit, quand on me dit : « en fait, toi, tu fais quoi comme boulot ? » Je suis là, je marque un temps d'arrêt, qui semble insignifiant pour les autres, mais

pour moi, c'est une éternité, je me dis : qu'est-ce que je réponds ? Est-ce que je réponds que je suis en arrêt maladie ? Parce que là, on va me demander ? T'es malade ? Qu'est-ce que t'as ? Je me vois mal répondre : « mais écoute... (elle prend une respiration) je suis RQTH » - « t'as pas l'air d'être handicapée ! » Je ne me vois pas répondre : « j'ai été violée, donc, du coup, j'ai un peu de mal à encaisser le rapport humain ». Je n'ai pas envie que les gens s'apitoient ou alors, je dis que je fais de la garde de chiens. Oui, mais là, ils vont me dire : « Ah bon, tu gardes des chiens dans un appartement ? » Là, je me dis... ben non, parce que je gardais des chiens quand j'étais à ma maison... Donc, quelque part, c'est revenir à mentir. Je me dis : je ne travaille pas. Là, ça fait : « ah, la feignante » Donc, du coup, je fais : « Ah, mais eh, je viens de penser, tu es en train de boire un Monaco ! Et je sais faire les Monaco, je pourrais t'apprendre ! » » (Laetitia, 24 ans)

Dans la hiérarchie sociale, la nature de l'emploi exercé est associée à une certaine valeur sociale. Dans les propos des jeunes, le fait de ne pas avoir de travail et plus encore de recevoir des aides de l'Etat semble signifier que l'on est au plus bas de l'échelle sociale. C'est ce que traduit les propos de Xavier.

« En fait, le travail c'est vital. Parce que le travail, c'est aussi... c'est pas que pour faire le voyage dont je rêve, un truc comme ça. C'est aussi pour pouvoir aussi tenir debout et être quelqu'un dans la société. Pour pas être un paria, comme on dit, ou un assisté. Voilà. » (Xavier)

2.2 La négociation des aspirations professionnelles

Une grande partie des jeunes rencontrés souhaite travailler. Mais un décalage est parfois décrit, par les jeunes eux-mêmes ou par les professionnels de l'insertion, entre leurs aspirations et leurs possibilités d'emploi, les plaçant ainsi dans un rapport « allodoxe » au travail. Cet écart peut venir d'une part de l'inadéquation entre les diplômes des jeunes et les emplois qu'ils souhaitent avoir, d'autre part de l'évaluation du risque pour leur santé psychique à s'insérer dans un marché de l'emploi vecteur de souffrance ou encore, du type de handicap que constituent leurs troubles pour l'exercice de certaines professions.

2.2.1 « Ça ne vend pas du rêve »

Les jeunes que nous avons rencontrés qui cherchent ou sont en emploi ont arrêté leurs études avant le bac ou juste après pour la plupart. Ils sont très peu nombreux à avoir validé un diplôme post-bac ou repris une formation professionnalisante. Les métiers auxquels ils disent pouvoir aspirer sont donc ceux qui demandent peu de qualification et sont bien souvent peu rémunérateurs. Par ailleurs, ils sont souvent axés sur des professions manuelles. Ainsi retrouve-t-on par exemple souvent les mêmes métiers proposés dans les ESAT (cuisine, espaces verts, mise sous pli).

Le pas à franchir pour chercher un emploi dans ces secteurs paraît plus grand pour les jeunes issus de classes moyennes et favorisées. C'est le cas par exemple pour Ophélie, qui vient de la classe moyenne. Ophélie décrit l'ambivalence de ses sentiments lorsqu'elle recherche un travail qui lui permettrait de subvenir à ses besoins sans mobiliser ses parents qui n'ont pas un capital économique très élevé. Elle ne veut plus être une charge pour eux et voudrait donc accéder à une autonomie financière. Mais les métiers qu'on lui présente dans les dispositifs d'insertion dans l'emploi ne suscitent pas d'engouement de sa part. De plus, ce sont des métiers qui sont souvent très exigeants physiquement. Or de par sa grande fatigabilité, ses allergies et son physique qu'elle qualifie de frêle, elle ne se sent pas en mesure de les exercer.

« Donc, vous cherchez dans un domaine qui pourrait vous plaire ?

Non, pas forcément. Je me dis : « Enfin, forcément les boulots sans qualifications, il y en a pas beaucoup, c'est... » Comme je disais, ça vend pas du rêve (rire). Donc, c'est difficile de se dire : « Oh, je peux peut-être plutôt faire ça ou ça, parce qu'il y a rien... » Enfin, c'est des boulots où généralement tu en as déjà entendu parler, tu sais les mauvais côtés. Et tu te dis : « J'ai pas forcément envie de me retrouver dans cette situation ». Bon, en même temps, c'est vrai que dans mon cas, j'ai pas vraiment le choix d'un autre côté, donc bon.

Vous avez vu quoi par exemple comme type de boulots ?

Alors, j'en ai vu différents... plein (rire). J'ai vu, par exemple il y a les commis de cuisine, mais après, moi je ne suis pas cuisinière, donc je peux pas aider. Il y a ceux qui demandent un permis aussi, ça, je n'ai pas. Ceux qui demandent des forces pour les travaux manuels, ce genre de choses, moi j'ai pas beaucoup de physique, pas très forte. Sinon, il y a les travaux en usine aussi, ça, qui sont possibles, c'est pas... c'est long, c'est fatigant, c'est répétitif, mais bon, c'est un boulot. Sinon, qu'est-ce que j'ai vu ? Parce qu'après, il y a plein de boulots, mais des fois, il y en a, je regarde rapidement, parce que dès que je vois que c'est des travaux physiques, il y en a plein différents, mais je sais que ce n'est pas fait pour moi. Il y a le ménage aussi, oui, il y a le ménage. Mais après, ça, j'ai d'autres problèmes après là pour le ménage, parce que j'ai la peau sensible, parce que j'ai des soucis d'allergies et tout et du coup, c'est... » (Ophélie)

Dans leur ouvrage « Travailler pour être heureux ? », Christian Baudelot et Michel Gollac analysent la perception différenciée du travail selon le milieu social (Baudelot, Gollac, 2003). Pour les personnes de milieu populaire, le travail est un moyen d'accéder au bonheur (d'avoir de l'argent et donc de pouvoir vivre décemment et avoir des activités de loisirs). Pour les personnes de classes favorisées, le travail est conçu comme une source de bonheur parmi d'autres. Ainsi, pour des jeunes issus de milieux favorisés mais dont l'interruption des études ne permet pas d'épouser le destin professionnel que leur origine sociale pouvait laisser présager, un décalage se crée entre leurs aspirations de classe et leurs possibilités d'insertion. Les types de postes dont Ophélie fait la liste, représentent un déclassement

social difficile à intégrer. Cette violence symbolique de l'emploi est bien décrite par certains professionnels de l'insertion dans l'emploi que nous avons rencontrés.

« Bah, il faut savoir que dans notre... dans nos sociétés en général et dans la nôtre aussi en particulier, on se définit comment par... je m'appelle untel et je fais ceci quoi. Donc si on n'a pas de statut... si on a un statut de chômeur, c'est vraiment nul et si on a statut de personne handicapée, qui plus est handicapée psychique, c'est absolument insupportable pour pouvoir échanger avec les autres. Ça crée de l'isolement et de la dépréciation. Donc il y avait vraiment cet aspect statutaire qui est très important dans notre société, la valeur travail reste un... Regardez comment on s'esbaudit devant... j'en sais rien moi, quelqu'un qui... pff, je sais pas quoi moi, qui est directeur d'usine ou qui est professeur à l'université ou... Enfin, on est très... de façon générale, on... la qualification de l'emploi occupé, soit ça vous met avec mes respects, soit ça vous met.... Faut pas se voiler la face sur ça. Et donc... donc ça, ça c'est très fortement ressenti par les bénéficiaires qui ont des troubles psychiques, ils se sentent très très dévalorisés, un peu le déchet de la société, pas de place nulle part, pas d'existence. C'est pas une énormité d'avoir une maladie psychique, c'est... c'est pas du tout... on n'existe pas là-dedans. Et puis aussi, bah pour des raisons d'argent. Parce que... bah certes, il y a l'AAH, c'est fort bien, mais... la pension d'invalidité pour un certain nombre, mais ça reste souvent des faibles ressources, donc... Et puis c'est pas de l'argent gagné, donc c'est sûr que c'est... » (SAVS Jonquille)

Pour les personnes qui travaillent dans des établissements du champ médico-social, et qui ont donc déjà l'étiquette du handicap, la question de leur faible rémunération entre également en jeu dans leur souhait de travailler ou non. C'est le cas par exemple pour Louise, qui vient d'un milieu favorisé, qui raconte avoir trouvé une forme d'épanouissement personnel grâce aux activités proposées par son SAVS et hésite à poursuivre son activité professionnelle en ESAT, qu'elle ne considère pas comme une source de bonheur ou de revenus suffisants.

“Et je me pose de plus en plus de questions : « Effectivement, quelle va en être la finalité ? Est-ce que finalement je vais continuer en ESAT ? ». Est-ce que finalement dans un an je ne vais pas leur dire : « Ben, écoutez, ça m'aura apporté énormément de choses mais, aujourd'hui, j'estime que je ne poursuivrai pas en ESAT ». Mes parents qui me disent que c'est pour avoir un petit pécule... Ce n'est pas ce que j'ai en ESAT qui va beaucoup changer ma manière de vivre, quoi, on ne va pas se le cacher ! Toutes ces questions-là, j'ai eu moyen d'y répondre, aujourd'hui, je serais davantage du côté de me dire : « Si, si, je préfère vivre ma vie telle que j'ai à la vivre et continuer tout simplement à me promener ». Mais attention ! À faire des choses, toujours avec un sens derrière, à me promener. J'ai moins besoin de cette sécurité, on va dire. Cette sécurité où je me dis : « Tiens, pour moins m'ennuyer, j'ai besoin de ça ». Aujourd'hui, j'ai moins besoin de ça. Je me dis : « Non, je ne m'ennuierai pas ! » Parce que j'ai trouvé des réponses à certaines de mes questions. C'est ça qui a beaucoup changé.” (Louise, 28 ans)

C'est dans ce contexte que le travail de l'association du Figuier, qui propose des formations et des missions rémunérées dans les métiers du numérique apparaît comme rare. Elle permet pourtant aux personnes d'accéder à un autre statut, socialement valorisé. Notons que cette association dit accueillir

une part importante de personnes avec des diplômes. Cela leur évite donc un déclassement social important.

“ C’est un très bon outil mais pas pour tous. Il ne faut pas non plus se gausser d’une illusion web-thérapie et trucs à la con, là. Il y a plein d’éléments. Un élément tout bête que je pense qu’en tant que sociologue, tu vas tout de suite capter, c’est l’engouement parce que c’est très à la mode, c’est très in, c’est très classe, c’est vachement bien donc, c’est déjà revalorisant de faire un métier dans lequel les gens t’apprécient parce que tu arrives avec des compétences qui sont originales et étonnantes et appréciées par les gens autour de toi. Déjà ça, ça paye déjà un maximum. Ça déjà, ça attire les gens. Ça, c’est une première porte d’entrée, plutôt pour les faire venir ou les attirer.” (Professionnel association Figuier)

2.2.2 « Est-ce que c’est une bonne chose que d’aller chercher du boulot au McDo ? »

Ajoutons à cela, que dans tous les secteurs professionnels, l’organisation contemporaine du travail ne porte pas non plus à l’enthousiasme. Pour Antoine Valeyre, *“la question des inégalités d’intégration sociale dans le monde du travail s’est profondément renouvelée avec les mutations économiques et sociales des trente dernières années. Elle s’est doublement élargie avec le développement de nouvelles formes de précarité professionnelle dans les rapports au travail et à l’emploi : d’une part, les formes de précarité de l’emploi par les entreprises liées à la diffusion de pratiques de gestion flexibles de l’emploi par des entreprises et à la montée du chômage de masse; d’autre part, les formes de précarité du travail et de nouvelles pénibilités dans les conditions de travail et de nouvelles vulnérabilités dans la santé au travail liées à la diffusion des nouvelles formes d’organisation du travail et à l’intensification du travail concomitante.”* (Valeyre, 2014, p 245).

Ce point de la pénibilité et de la vulnérabilité dans la santé au travail fait écho aux propos des jeunes que nous avons rencontrés et qui sont nombreux à considérer qu’ils auront besoin d’aménagements de leurs conditions de travail pour pouvoir exercer un emploi. Leur santé psychique et physique (les traitements pouvant impacter leur fatigabilité par exemple) les freine dans l’exercice d’un emploi en milieu ordinaire. Ceux qui tentent de travailler sans ces aménagements, parmi les jeunes que nous avons rencontrés se heurtent à des fins de contrat prématurées, démissionnent (certains préfèrent cette option à la négociation d’une rupture conventionnelle car ils se jugent “fautifs” de quitter leur emploi, la sanction pour eux étant la suspension de leur allocations chômage pendant trois mois, ce qui équivaut ensuite à une longue période de précarité, de l’endettement, etc.). Cela impacte considérablement leur estime d’eux-mêmes. C’est le cas par exemple pour Xavier. Xavier et sa conseillère de mission locale nous racontent la manière dont il s’est mobilisé sans cesse pendant des années pour avoir un emploi en milieu ordinaire. Xavier a travaillé dans un nombre considérable de

“Mac Donald” du département, et en est toujours parti car il n’arrivait pas à tenir dans cet environnement de travail très rapide et exigeant.

« Il a trouvé je ne sais combien de contrats de travail parce que c’est quelqu’un qui bouge beaucoup, qui est motivé. Il a trouvé un poste de veilleur de nuit à la maison de retraite à l’EHPAD et dès le deuxième soir, l’employeur a dit : « Stop, on met un terme ». Donc après, il est parti vers la restauration rapide donc, soit c’est lui qui craque, soit c’est systématiquement l’employeur qui met un terme au contrat. Et donc, je reprends au fur et à mesure les choses avec lui en lui disant : « Mais Xavier, vous me dites que vous êtes très stressé, est-ce que c’est une bonne chose que d’aller chercher du boulot au McDo ? » Hein, où on est quand même sous pression tout le temps. « Ah oui, bah vous avez raison ». Et voilà. » (Conseillère Mission Locale de Xavier, 23 ans)

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, peu occupent un emploi en milieu ordinaire depuis une longue période. Toutefois, cela n’est pas forcément représentatif de l’ensemble de la population avec des troubles psychiques. Une partie d’entre eux s’insèrent dans l’emploi en milieu ordinaire. Mais pour certains de ces jeunes, l’organisation actuelle du travail, sa précarité et son incertitude, décrite par Antoine Valeyre, peut remettre en question cette insertion et être source d’une très grande souffrance psychique. C’est ce que nous raconte cette professionnelle de l’association Bruyère.

« Ici sur Villerose et en fait, il y avait des personnes qui avaient plus de 50 ans, qui avaient fait toute leur carrière dans cette entreprise locale, donc on voit ce que c’est comme l’industrie aujourd’hui. Et ça tenait parce qu’il y avait un environnement de travail, il y avait les collègues, on connaissait la famille et ça, ça était en fait et ça faisait que ça permettait à la personne de pas effondrer son niveau... de ne pas s’effondrer. Et donc ces personnes-là ont travaillé toute leur vie avec leur maladie. Et le jour où elles ont été... il y a eu des licenciements qui ont été faits dans des conditions... enfin c’était vraiment inhumain hein, du jour au lendemain ils étaient à la porte hein. Donc forcément, là on s’est retrouvé avec des personnes qui... une multiplication des tentatives de suicide et puis personne comprenait quoi, l’entourage ne comprenait pas, mais c’était... il s’est passé des choses de cet ordre-là, c’est-à-dire que le travail tel qu’il était installé dans la durée faisait tenir les choses, il y avait une stabilité, puis le jour où ça... ça s’est effondré, bah la personne s’est effondrée aussi forcément hein. (Professionnelle, Association Bruyère)

Serge Paugam définit quatre formes d’intégration professionnelle : assurée, laborieuse, incertaine et disqualifiante (Paugam, 2000). Antoine Valeyre synthétise ses formes d’intégration de la façon suivante : La première forme d’intégration se “caractérise par une stabilité de l’emploi garante de protections sociales et de perspectives professionnelles et par une qualité du travail satisfaisante, source d’épanouissement au travail et de reconnaissance matérielle et symbolique. Contrairement à ce type idéal, les trois autres formes d’intégration professionnelle se trouvent fragilisées par la précarité du travail ou de l’emploi qui les définit. L’intégration laborieuse est marquée par une précarité du travail qui se manifeste par une insatisfaction au travail due notamment à la pénibilité physique et morale du travail. L’intégration incertaine est touchée par une précarité de l’emploi qui affaiblit les conditions de

protection sociale. Enfin, l'intégration disqualifiante conjugue les deux formes de précarité, l'insatisfaction au travail et l'instabilité de l'emploi, ce qui en fait la forme la plus fragile d'intégration professionnelle au regard des besoins de reconnaissance dans le travail et de protection sociale par l'emploi." (Valeyre, 2014, p 245-246). Nous reconnaissons dans cette forme d'intégration disqualifiante une bonne partie des jeunes que nous avons rencontrés et qui cherchent à s'insérer dans l'emploi. Le risque de se trouver dans ce processus est réduit pour les jeunes qui ont suivi des études et obtenu un diplôme et qui ont donc plus de chance d'avoir une intégration assurée que les autres. Or, nous avons montré dans le chapitre précédent, avec l'exemple du service de scolarité de la clinique et de son service des étudiants avec troubles psychiques, le poids du milieu social d'origine dans la mobilisation de dispositifs permettant de renouer avec la scolarité et d'obtenir un diplôme. Ainsi la confrontation à des troubles psychiques, comme d'autres problématiques de santé telle que la maladie d'Alzheimer "fait partie de ces épreuves qui révèlent et cristallisent les inégalités sociales" (Béliard, 2019).

2.2.3 « Ils ont essayé maintes et maintes fois : « non ! Valide un autre projet » »

Certains jeunes sont dissuadés de poursuivre leurs démarches pour accéder à la profession à laquelle ils aspirent du fait de leur situation sociale et psychique. Nous avons observé cette situation notamment lorsque le projet du jeune porte sur un travail social. Tant les professionnels de l'insertion que ceux du soin souhaitent dissuader le jeune d'exercer dans ce secteur.

C'est le cas par exemple pour Virginie. Virginie a été accompagnée pendant une grande partie de sa vie par les services de protection de l'enfance. Elle se dit proche des personnes « de la rue » et de leur culture. De par cette connaissance mais aussi pour « retourner » l'aide qui lui a été apportée (ou non), elle souhaite travailler dans le social. Mais tous les professionnels qui l'ont accompagnée, à la mission locale ou encore dans l'association qui porte la prestation de plusieurs mois visant à élaborer son projet professionnel, tentent de l'en dissuader.

« A la mission locale, ils me disent « bon ! Ça serait bien de t'occuper aussi de toi, du coup, ils me bloquent un peu sur ce métier là mais s'ils me le débloquent, je sais que ça sera un gros soulagement parce que depuis 2014, je me bats pour ce métier quand même et je ne lâche pas l'affaire. Ils ont essayé maintes et maintes fois à la prestation projet « non ! Valide un autre projet » « Non, je veux celui-là. Je n'ai pas envie de faire coiffeuse » » (Virginie, 23 ans)

Au cours des réunions d'analyse de situation, nous avons entendu à plusieurs reprises cette réticence des professionnels à ce que ce profil de jeune s'engage dans une profession d'aide à des personnes vulnérables.

La situation de Xavier constitue un autre exemple. Xavier souhaite depuis qu'il est tout petit travailler dans la police. Mais du fait de ses hospitalisations en psychiatrie, il ne peut accéder à ce corps de métier. La conseillère de mission locale de Xavier décrit une forme d'épuisement dans l'accompagnement du fait de la récurrence avec laquelle Xavier parle de ce projet.

« Tous les quinze jours, je le voyais, et jusqu'au moment où je lui ai dit : « Écoutez Xavier, moi les concours, ça me pose souci, vous m'avez expliqué que vous aviez eu un passage en psychiatrie – et je lui ai dit – ce qu'il faut savoir, c'est que notamment dans la police, ils vont fouiller dans votre histoire et je lui dis ça, je crains fort que ce ne soit un frein pour vous pour pouvoir rentrer dans la police ». « Ah oui bah d'accord, vous avez raison ». [...] Et donc, il revient me voir en me disant : « Ouais, bah je veux repartir dans la police parce que c'est pas fait pour moi non plus la restauration ». Et là, je peux vous dire que (rire) que des fois, j'ai pris mon mal en patience. Et à chaque fois, c'était : « Ouais, mais vous avez raison ». [...] il est revenu me voir aussi en me disant : « Ouais, la police et la gendarmerie, vous aviez raison, je vais faire les douanes » (rire). Et là donc rebelote, une petite couche, je dis : « Mais Xavier, ça va être comme la police, ce n'est pas possible. » (Conseillère Mission Locale de Xavier, 23 ans)

Une grande partie du travail de ces accompagnements consiste à négocier un projet professionnel qui semble réaliste pour les professionnels et enviable pour le jeune.

2.3 Une mise à l'écart de la norme de l'insertion professionnelle

Enfin, une partie des jeunes que nous avons rencontrés se place dans une posture hétérodoxe à l'égard de l'activité professionnelle. Ces jeunes sont minoritaires parmi notre population d'enquête. Pour eux, le travail salarié contemporain ne représente pas forcément une finalité. Ils décrivent un conflit entre leurs valeurs et celles auxquelles les conditions de travail contemporaines obligent à se soumettre. Cette dissonance de valeurs fait écho aux travaux récents de Cécile Van de Velde sur les colères contemporaines des jeunes¹⁴¹. Cette contradiction cumulée à leurs difficultés d'insertion dans l'emploi du fait des troubles psychiques les amène à envisager une vie en dehors du marché du travail tel que pensé dans la norme.

2.3.1 « On peut aussi trouver une place autre que l'emploi »

Ce dernier point de vue sur le travail a été relayé principalement par les professionnels que nous avons rencontrés, et moins par les jeunes. Louise dont nous avons précédemment cité les propos, s'inscrit dans cette perspective de trouver une place autrement que par le travail, dont la rémunération en ESAT n'est pas beaucoup plus élevée que son AAH et pour qui l'activité exercée n'est pas source

¹⁴¹ Cf Chapitre 1

d'épanouissement. Mais signalons que Louise est plus âgée que le reste de notre population de jeunes, elle a 28 ans. Elle est d'ailleurs une des rares jeunes rencontrés à avoir un parcours institutionnel et une reconnaissance MDPH depuis le collège. Autre élément important, Louise est soutenue financièrement par ses parents, qui l'aident à payer son loyer. Ce contexte semble favorable à cette incertitude de Louise quant à sa volonté de travailler. Un élément semble déclencher cette décision en plus des éléments de contexte de sa vie : Louise a trouvé une autre source d'épanouissement et d'insertion sociale que ce que propose le travail. Elle parle d'un "fil conducteur de la vie" qu'elle a trouvé notamment grâce à son expérience professionnelle en ESAT et à son entrée dans un SAVS qui a remis en perspective son projet de vie.

“Je me cherchais beaucoup, sachant que j'étais quelqu'un qui marchait beaucoup mais seulement pour errer, seulement pour errer, sans vraiment de but. J'avais ma passion pour les animaux, si vous voulez, mais je ne sais pas comment expliquer ce qui me manquait. Il me manquait. Il me manquait cette espèce de petit fil conducteur à la vie. Cette espèce de petit truc qui fait que : « Tiens, je vais avoir un but à ma journée », ce n'est pas juste allez me balader pour aller me balader, pour les caresser et tout ça... Ils sont bien mignons les animaux mais ce n'était pas... J'étais dans une période de ma vie où j'avais besoin... C'est-à-dire que quelque part, c'était a contrario parce que ça me faisait également peur, tous ces changements mais j'en avais besoin. J'étais dans une période de ma vie où j'étais à la recherche : « Allez hop, tout ce que j'ai fait jusqu'ici, c'est bien. Je suis allée me balader, je suis allée voir mes animaux. Aujourd'hui, je suis peut-être quelqu'un qui devient adulte, je vais avoir besoin de rencontrer des personnes par d'autres biais ». Ne serait-ce que pour ce lien social, de rencontrer des personnes par d'autres biais. Donc quelque part, ça commence par une vie professionnelle, ou en tout cas, une vie avec des activités de jour un peu plus régulières, avec un emploi du temps bien cadré.” (Louise, 28 ans)

Ce point de vue sur le fait que toutes les personnes n'ont pas à travailler a également été présent dans les propos d'une partie des professionnels que nous avons rencontrés, et ce plus particulièrement chez ceux travaillant dans le secteur du handicap. Ces professionnels considèrent en effet que du fait de leurs troubles et de leur handicap, et ce d'autant plus dans un contexte marqué par le chômage, toutes les personnes n'ont pas à répondre à l'injonction sociale à travailler. La question que se posent ces professionnels est alors celle de la place sociale des personnes, en dehors du travail.

« Mais ce qui est important et puis, c'est le projet de vie. Il y a des fois au-delà du projet professionnel, c'est comment on peut construire un projet de vie ? Alors, ce n'est pas mon taf mais par contre, je peux, tant que les personnes passent par Cap Emploi, je pense que c'est toujours intéressant – pourquoi pas ? – d'initier ça en se disant : « Voilà, si ce n'est pas... » Je trouve ça sinon relativement violent : « Ce n'est pas l'emploi » Ok, ce n'est pas simple. Et si on met ça dans le projet de vie, peut-être ou pas, il y aura le projet professionnel ou pas, on verra. Et de repartir sur : « C'est quoi qui vous intéresse ? Vos compétences ? Tout ne passe pas par le travail... la place dans la société ? »

Mais ça, je dirais que c'est transverse à tous les gens que j'accompagne et qu'on accompagne,

c'est : quelle place on a ? Et je dirais que suivant les handicaps, la place est encore compliquée. C'est de savoir aussi quelle place la personne a aussi ? Une façon de voir un peu, une approche systémique aussi, un minimum, de voir aussi aujourd'hui, quelle est la place de la personne et où elle se situe aussi ? C'est vrai pour beaucoup de handicaps mais handicap psychique, je trouve que... et surtout jeune aussi parce qu'il y a déjà tout un parcours, en général, ou des difficultés qui n'avaient peut-être pas été bien identifiées mais qui existaient déjà. » (Conseiller Cap Emploi)

Mais avant d'être libérée de cette injonction au travail, un long processus est souvent opéré, par un jeu d'essais et d'échecs, qui aboutit à cette conclusion et cette orientation par les professionnels vers un "deuil du travail" pour la personne.

« Moi, je trouve qu'il faut du temps, en tout cas. Il faut du temps et les personnes sont plutôt demandeuses de ce temps-là. Elles ne sont pas non plus dans la frénésie. Alors, si, ça peut être la frénésie mais bon, il y a quand même un minimum de stabilité donc... voilà, on construit dans le temps. En tout cas, je trouve qu'en général, ce discours-là est rassurant pour les personnes, se dire : « On construit dans le temps et on va prendre en compte l'existant et votre quotidien et ce qui vous arrive et on ne va pas vous mettre en difficulté encore un peu plus... » Parce qu'il y a ça aussi chez certaines personnes, une fois qu'on a fait deux, trois rendez-vous, il y a des fois, et qu'on n'est plus sur l'emploi, ça les soulage aussi. Oui ! Parce que c'est tellement compliqué, le quotidien déjà. On rajoute l'inconnu de l'emploi avec tout ce qui va avec, je veux dire, ce n'est pas possible ! Et ça surajoute des choses.

Je pense que ça peut faire aussi son chemin il y a des fois, ou ce n'est pas le moment ou ça ne sera peut-être jamais le moment par rapport à l'emploi mais bon, ça permet ça. Je n'aime pas ce côté... On est une « gare de triage », entre guillemets, aussi mais au bon sens du terme, de pouvoir une fois qu'on a les personnes, c'est bien qu'il y ait un sens aussi, qu'on les ait interrogées sur leur rapport à l'emploi, voir un peu comment elles se positionnent aussi mais parfois, voilà ! Il faut du temps. Mais il faut du temps. » (Conseiller Cap Emploi)

Si les professionnels insistent sur l'importance de prendre du temps dans ce processus de retrait légitime de l'insertion professionnelle, ils semblent pourtant bien souvent en manquer pour mener à bien leur accompagnement. Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce chapitre, beaucoup de dispositifs d'aide à l'insertion dans l'emploi sont financés pour des durées limitées (cinq rencontres, trois mois, six mois). D'autres structures ont des impératifs en termes d'entrée régulière de nouvelles personnes accompagnées. Ainsi, dans un contexte où le milieu professionnel concurrentiel met peu en œuvre « d'aménagements raisonnables » pour des handicaps psychiques, et où les accompagnements vers l'emploi sont limités dans le temps, les jeunes sont incités à « faire le deuil du travail ». Ce sont les parcours des jeunes qui vont constituer la variable d'ajustement sur lequel peuvent agir les professionnels et non l'environnement professionnel.

« Et puis, c'est comme ça. À un moment donné, il faut être réaliste aussi. Il ne faut pas laisser les personnes dans des situations aussi entre-deux par rapport à l'emploi. Mais il y a des

personnes qui aiment bien être rattachées à l'emploi, ça les rassure. Même si ce n'est qu'être inscrit à Cap Emploi mais ça, nous, à un moment donné, on ne peut pas. On n'a pas de portefeuille dormant où on ne voit pas les gens. Mais je pense que ce n'est pas bon non plus de toute façon. On peut espacer un peu et prendre le temps comme je vous l'ai dit mais à un moment donné, ce n'est pas aider. C'est de mettre du sens surtout. Il peut y avoir des allers-retours aussi. J'ai des gens aussi qui sont passés par Cap Emploi, qui sont repartis, qui sont revenus. Ils sont repartis aussi. Il y a de tout, par rapport à ça. » (Conseiller Cap Emploi)

A l'inverse, des structures dont ce n'est pas la vocation première peuvent accompagner les personnes dans leur recherche d'emploi sur de longues périodes. C'est par exemple ce que peut faire le « SAVS B »¹⁴² qui accompagne les personnes sans objectif d'insertion dans l'évaluation pour son financement et qui du fait de sa vocation et son statut SAVS peut accompagner les personnes sans limite de durée posée institutionnellement (par exemple la mission locale peut accompagner très longtemps une même personne mais arrêtera à ses 25 ans révolus). Ainsi, si le SAVS dit guider des personnes vers un "deuil du travail", il en accompagne d'autres dans leurs démarches, tout en évaluant leurs chances de s'insérer professionnellement comme faibles.

« En fait, ce qui fait évoluer les situations c'est quand même les situations de stage. Il faut un parcours emploi, il faut... on va dire trois-quatre ans et on est sur cette échelle-là et... bah cinq six stages. Alors ça peut paraître peu, mais tout ça c'est... parce que ça peut être des stages très progressifs. Il y a des gens qui commencent un stage, deux matinées par semaine, parce qu'il faut se remettre dans une certaine dynamique, ça... ouais c'est... Donc ça reste long, évolutif et ça peut être aussi, pour un certain nombre, de faire le deuil de l'emploi en faisant ce parcours. Il y a en pour qui c'est pas ça, c'est... Ils ont besoin de ce cheminement-là pour accepter que finalement le travail... il faut trouver d'autres utilités quoi dans la vie, d'autres activités d'utilité. Mais il y en a d'autres aussi, c'est un véritable point d'équilibre quoi, de trouver un emploi. » (SAVS B)

Ainsi, les contraintes organisationnelles des dispositifs d'accompagnements peuvent-elles amener plus ou moins rapidement à une démarchandisation des personnes (Esping Anderson, 2007). Cette démarchandisation est permise par l'Allocation Adulte Handicapée, qui doit donner aux personnes les moyens de subvenir à leurs besoins, ou par les solidarités familiales pour les jeunes sans reconnaissance institutionnelle d'un handicap.

2.3.2 « Qu'est-ce qu'on va devenir ? »

Parmi les jeunes qui ne sont ni en formation ni en emploi que nous avons rencontrés, nous observons une appréhension socialement clivée de la perception de l'avenir. Alors que des jeunes issus

¹⁴² Cf Chapitre 6

de milieux favorisés (bien dotés en capital économique, symbolique et culturel) envisagent de ne pas travailler afin de préserver leur santé, les jeunes issus de milieux plus précaires décrivent un sentiment d'angoisse et d'urgence à aller mieux pour pouvoir travailler. Lorsque la précarité financière est associée à des échecs pour s'insérer socialement, des manifestations de souffrance psychique liées à cette situation sont dépeintes. Cette observation rejoint les travaux d'Alain Ehrenberg sur la dépression comme phénomène social, qui naît de l'incapacité individuelle à répondre aux injonctions de performance (Ehrenberg, 1991).

C'est ce que décrit Suzanne. La mère de Suzanne est décédée et elle n'a plus de lien avec son père. Après son bac, Suzanne ne trouve pas de travail. Elle dit vivre isolée pendant un an. Puis, elle entre dans un BTS dans lequel elle se fait de nouveaux amis, à des projets pour l'avenir source de bonheur, se sent intégrée et accompagnée dans son projet de formation. La souffrance qu'elle ressentait pendant son année d'isolement semble avoir disparu avec cette reprise d'une activité dans la norme de son âge, qui lui permet de se projeter dans une nouvelle perception de l'avenir plus optimiste.

« Je n'ai même plus le temps de voir ma famille ou d'aller faire des choses, je n'ai plus le temps. Là, je suis en vacances demain soir et je pars au Maroc pendant un mois, je repars. Je pars le 14 juillet et je sais que du 1^{er} au 14, je vais être occupée. Ça fait vraiment du bien parce que, je pense que ça évite de repenser à tout ce que j'ai vécu et... Parce que c'est ça le problème, c'est que quand on ne fait rien, on est toujours en train de se dire... c'est horrible. C'est horrible parce que j'étais pendant un an... on est toujours en train de se dire : oui, d'accord, je suis seule...je ne sais pas quoi faire. On se dit toujours : qu'est-ce qu'on va devenir ? Je me disais ça : je ne me vois pas dans... Après, parce que ça ne s'améliorait pas, en fait. » (Suzanne, 23 ans)

Dans un contexte où le chômage, et plus particulièrement chez les jeunes encore, est élevé et où le sous-emploi s'étend, la perception du risque de disqualification sociale est plus élevée pour la part des jeunes dont les solidarités familiales sont faibles voire inexistantes (Castel, 2003). Les liens de filiation et de participation élective semblent atténuer la perception du risque de déclassement social en cas d'absence de lien de participation organique.

C'est le cas par exemple pour Marin. Les parents de Marin, tous deux cadres supérieurs, lui payent un logement à Villerose et lui donnent de l'argent avec lequel il s'achète à manger et peut avoir des loisirs. Marin a une petite amie et des amis qu'il voit régulièrement. Marin a pour projet de travailler, mais ne décrit pas de sentiment d'angoisse spécifiquement lié à son absence de travail. S'il décrit bien une souffrance psychique, celle-ci semble liée à d'autres facteurs qu'à sa situation sociale. Il n'y a pas par ailleurs d'impression d'urgence qui émane de ces périodes où il ne travaille pas. Ses projets professionnels sont envisagés dans une perspective alimentaire sur du court terme et d'épanouissement personnel sur du long terme. Lorsqu'il reprend ses démarches pour retrouver un

emploi, cela semble être plus pour parer à de l'ennui et reprendre une trajectoire normée que pour un besoin urgent de subvenir à ses besoins.

« J'ai pas poursuivi l'AFPA. Ensuite, j'ai pu avoir une période d'inactivité de six mois, à peu près, sans boulot, sans rien. Je continuais mes rendez-vous à la Mission locale mais c'était beaucoup plus sporadique qu'avant. Je devais y aller une fois sur trois, presque, quelque chose comme ça. Ma psy, c'était un peu pareil, même si, bon, j'essaie quand même de garder... Je pense que je la voyais deux fois par mois, avant, et là, je la voyais peut-être une fois tous les mois.

Tu faisais quoi ?

Je sortais... j'allais faire... Je faisais un peu de muscu, à l'époque, un peu de skateboard, j'allais voir mes potes, etc. mais c'est vrai que ça s'arrêtait là, globalement, et je passais encore beaucoup de temps sur mon ordi, aussi.

Mais tu n'étais pas que chez toi ?

Non, ça va, j'arrivais quand même un peu à bouger.

Six mois, et après, tu es retourné à la Mission locale plus régulièrement ?

Oui, c'est ça. J'ai repris un peu « confiance », entre guillemets. Et j'ai commencé à retourner à la Mission locale. J'ai des périodes de travail qui me « fatiguent », entre guillemets. Du coup, qui créent une période où j'ai un peu envie de rester un peu inactif, qui a tendance à se prolonger. Et au bout d'un moment, forcément, ça me saoule d'être complètement inactif. Donc, je me remets à faire mes démarches et à reprendre le travail. Donc, c'est vraiment par vagues.» (Marin, 24 ans)

La perception du travail de Marin fait écho à celle de certains jeunes que nous avons rencontrés dans le service de scolarité de la clinique, comme par exemple Antoine qui est suivi là-bas en tant qu'étudiant. Antoine vient d'un milieu social favorisé. Il souhaite à l'avenir avoir un travail, mais décrit un rapport distancié au travail et à l'argent. Il pose comme priorité dans sa vie « d'aller mieux », ce qui implique qu'il ne conçoit pas le fait de travailler comme un facteur d'amélioration de sa situation, ni l'absence d'emploi comme un risque de dégradation de celle-ci.

« Quand je parle de ce que je veux faire plus tard de ma vie avec ma référente elle me dit que... c'est une question qui trouvera sa réponse elle-même quand toutes les autres seront résolues, enfin... mais bon, ça me laisse beaucoup de temps. Moi, le principal avenir que j'aimerais avoir c'est... avoir un travail, enfin, avoir un travail qui me prend pas beaucoup de temps vraiment. Si je veux... si c'est ce que j'aime bien ou j'aime pas, enfin, qui me... enfin, qui me... qui me permettra de gagner ma vie suffisamment nécessairement, sans avoir trop... je considère que l'argent... ça, c'est quelque chose que mes parents m'ont appris, je considère que l'argent, on a que... enfin c'est un problème que pour ceux qui en ont pas besoin. Donc voilà, je veux continuer encore mon bonhomme de chemin jusqu'à ce que j'aille mieux, que je trouve... » (Antoine)

Ces jeunes entretiennent une forme d'orthodoxie dans leur rapport à l'activité professionnelle, puisqu'ils envisagent d'en avoir une sur du long terme. Mais il n'y a pas de sentiment d'urgence chez eux à s'insérer dans le travail, ce qui va à l'encontre de l'injonction au placement rapide par l'emploi.

Conclusion

La scolarité représente pour les jeunes un vecteur de reconnaissance sociale. Il donne un statut, celui d'élève et un rôle, celui de pair. Le passage des classes marque le passage de temps sociaux communs. La mise à l'écart, ou encore le fait de stagner dans sa scolarité peut blesser profondément les jeunes. L'obtention d'un diplôme apparaît alors comme un moyen de cicatriser ses blessures, en symbolisant le passage d'un seuil. Pour les jeunes qui ne peuvent rester scolarisés dans un établissement, beaucoup tentent de continuer d'apprendre, via le CNED ou par eux-mêmes (lectures, internet). Apprendre est en effet l'occupation qui leur paraît la plus légitime au regard de leur âge. S'ils ne parviennent pas toujours à s'astreindre à des apprentissages par eux-mêmes, cela reste un objectif qu'ils se fixent. Apprendre n'est pas seulement une activité légitime mais aussi valorisée. La scolarité est un enjeu majeur, également parce qu'elle est porteuse des espoirs d'insertion future. Se croisent alors les représentations des jeunes mais aussi celles de leurs proches qui espèrent une vie « bonne » pour leur enfant (que ce soit par un travail épanouissant, de « bons » revenus). Pour certains jeunes rencontrés, la scolarité n'a pas ou plus de sens. La compétition scolaire, la quête de performance et de prestige atteint des niveaux qui ne sont plus supportables et paraissent vides de sens. Enfin, pour d'autres jeunes, la scolarité est mise à l'écart avec moins d'enjeux. Ce sont des jeunes pour lesquels les études n'étaient pas une finalité, contrairement à l'objectif d'insertion rapide dans l'emploi.

Le deuxième point de ce chapitre traite du rapport globalement orthodoxe que les jeunes entretiennent avec la norme d'intégration par le travail. Du fait du biais de contact des jeunes, rencontrés grâce à la mission locale, nous nous attendions à ce résultat. Mais des nuances intéressantes se dégagent de l'analyse de leur relation au travail, notamment concernant le poids du milieu social d'origine dans le projet et l'appréhension de l'activité professionnelle. Les jeunes sont inégaux dans la négociation de leur insertion professionnelle : ceux qui viennent de milieux favorisés sont le plus à même d'avoir des diplômes et d'accéder à une activité socialement valorisée. De plus, ils disposent d'une sécurité financière leur permettant de prendre le temps à la fois pour leur santé (certains ressentent le besoin de « récupérer » après des expériences professionnelles ou scolaires qui les ont éprouvés) et à la fois pour élaborer leur projet professionnel. Cette période de leur vie n'est

pas décrite comme un écart à la norme qu'il s'agirait de réduire, mais comme un temps de construction de soi. A l'inverse, les jeunes issus de milieux moins favorisés ou sans soutien familial, décrivent un sentiment d'urgence à s'insérer par le travail ou au moins à intégrer une formation ou un dispositif qui leur donnera une perspective professionnelle et, parfois, quelques ressources financières. Cette période en dehors des études, de la formation ou du travail peut être source de vulnérabilité. L'absence d'activité professionnelle ou les échecs répétés en la matière sont de plus, source de stigmatisation et de souffrance, d'autant plus que la plupart des jeunes les considèrent comme étant de leur responsabilité.

Conclusion générale

« *Qu'est-ce qu'on va devenir ?* » (Suzanne, 23 ans). Cette question posée par Suzanne traduit en quelques mots les doutes, les craintes, mais aussi les espoirs d'une jeunesse dont l'incertitude de l'avenir est exacerbée par celle des troubles psychiques. Dans cette thèse nous avons voulu déplier un ensemble de déterminants sociaux qui pèsent sur les parcours de jeunes confrontés à des troubles psychiques au moment du passage à l'âge adulte. Nous souhaitons également donner à voir leurs parcours. Nous ne nous sommes que peu penchée sur la sphère du soin, si ce n'est pour expliquer comment elle amorce une bifurcation dans les parcours et impacte les sphères de vie normées de la jeunesse. Deux axes d'analyse se dégagent de ce travail : l'axe temporel (l'approche en termes de parcours) et l'axe normatif (l'analyse de la négociation des normes de la jeunesse).

Cette thèse s'appuie sur des matériaux qualitatifs, à l'échelle d'une ville, que nous avons nommé Villerose. Nous avons mené des entretiens de type récit de vie avec des jeunes et des entretiens avec des parents et des professionnels de différents secteurs de l'action publique (sanitaire, médico-social, social, et éducatif principalement)¹⁴³. Nous avons également analysé des dossiers de jeunes de la MDPH de notre territoire de recherche¹⁴⁴. Enfin, nous avons réalisé deux enquêtes dans des structures de Villerose. La première enquête a été réalisée dans le service de scolarité d'une clinique, qui accueille des jeunes avec des troubles psychiques et propose des enseignements de la classe de seconde à la terminale¹⁴⁵. Nous avons passé plusieurs mois en immersion dans ce service, où nous avons suivi quotidiennement une classe de 9 jeunes nouvellement arrivés. La deuxième enquête a été menée dans le réseau de missions locales de Villerose¹⁴⁶. Nous avons réalisé 8 études de cas de jeunes en les rencontrant ainsi que les conseillers de la structure qui les ont accompagnés.

Dans la première partie de la thèse, nous avons décrit l'incertitude qui caractérise les parcours de jeunes confrontés à des troubles psychiques.

Dans la littérature sociologique sur la jeunesse que nous avons mobilisée au départ de cette recherche, nous nous sommes beaucoup appuyée sur les travaux de Cécile Van de Velde pour décrire les épreuves que traverse la jeunesse contemporaine et les injonctions dont elle fait l'objet. Entre l'adolescence et l'âge adulte, les jeunes sont amenés à traverser nombre de seuils et épreuves

¹⁴³ Pour plus de précisions sur les personnes rencontrées : voir Annexe 1.

¹⁴⁴ Pour plus de précisions sur l'analyse des dossiers MDPH, voir le chapitre 4.

¹⁴⁵ Pour plus de précisions sur l'enquête au sein du service scolarité de la clinique, voir le chapitre 5

¹⁴⁶ Pour plus de précision sur l'enquête menée à la mission locale, voir le chapitre 6 de la thèse.

sociales : la fin de la scolarité, la recherche d'un premier emploi, le départ du domicile familial, les relations amoureuses, etc. Pour la jeunesse du babyboom, le passage de ces seuils se faisait de façon simultanée et plus précoce. Pour la jeunesse contemporaine, ces passages se font sur un temps plus longs mais aussi de manière désynchronisée et réversible (Galland, 2000, Maunaye et al. 2019 ; Evans, Furlong, 2000). De nombreux sociologues s'accordent sur le fait que ces seuils ne permettent plus de définir l'âge adulte (Vande Velde, 2008, de Singly, 2000, Cicchelli, Martin, 2004). Tout se passe comme si être adulte relèverait aujourd'hui davantage qu'hier d'un sentiment individuel et subjectif au regard des normes d'autonomie et d'indépendance qui prévalent.

Toutefois, ces seuils restent déterminants pour le futur placement social des individus. Ainsi, les parcours de jeunesse sont plus sinueux et incertains, mais le passage des seuils sociaux reste déterminant pour l'avenir. Plus particulièrement, la scolarité fonctionne comme une épreuve majeure, un seuil considéré comme décisif pour le futur statut social qu'occupera la personne pour le reste de sa vie. Ceci fait peser sur l'expérience scolaire une pression très forte, d'autant plus que les individus sont perçus, dans une logique méritocratique aveugle aux déterminants sociaux, comme responsables de leurs échecs et comme de leurs réussites. Les jeunes sont sommés de se définir, de dire qui ils veulent être, conformément à l'idée que chacun peut façonner son destin, notamment grâce à l'investissement scolaire. Cette injonction est propre à l'individu contemporain et non pas à la jeunesse, mais elle est particulièrement exacerbée au cours de cette période de la vie, du fait de la perception des enjeux qui entourent l'épreuve scolaire notamment. La place sociale des individus n'est en effet plus uniquement le résultat d'un héritage familial, mais de l'acquisition de certaines formes de capitaux social, culturel, économique et symbolique (Elias, 2004, Bourdieu, Passeron, 1970). La détention de ces capitaux reste déterminante pour négocier sa situation sociale au regard du contexte économique et social. L'interaction entre ces différents déterminants rend complexe et incertaine la projection des jeunes dans l'avenir. Certains craignent des formes de déclassement social ou l'absence de possibilité d'ascension sociale, y compris lorsqu'ils sont plus diplômés que les générations précédentes. Dans un contexte économique et social très concurrentiel, le diplôme n'est en effet plus à lui seul une garantie du futur positionnement social.

Les politiques publiques en direction de la jeunesse ne parviennent pas à réduire ces formes d'incertitude par rapport au statut d'adulte. La représentation du rôle de la famille auprès des jeunes en constitue une variable importante. En effet, les jeunes n'ont pas la possibilité (ou sous des conditions spécifiques qui concernent très peu de jeunes) d'accéder à un revenu minimum de la part de l'Etat avant 25 ans. Ceci prolonge la dépendance financière vis-à-vis de leurs parents, pour les jeunes qui n'accèdent pas à un emploi avant cet âge. L'orientation familialiste des politiques sociales accroît les inégalités dans les parcours de jeunesse. Par exemple, même s'il est possible d'avoir une bourse

sur coefficient social pour mener ses études, ces aides financières ne permettent pas de subvenir à ses besoins sans travailler ou demander de l'aide à ses parents (Van de Velde, 2008). De plus, les politiques publiques actuelles exacerbent le sentiment de responsabilisation des jeunes concernant leur avenir en faisant de l'emploi le principal levier d'insertion sociale et en mobilisant des logiques d'activation (Loncle, 2010).

Le passage à l'âge adulte est ainsi marqué par de nombreuses ambivalences. Il est valorisé au sens où il est attendu que les jeunes prennent leur indépendance et s'autonomisent relativement rapidement (au regard d'autres pays européens), sans toutefois qu'ils disposent des moyens de le faire. De la même manière, les jeunes sont incités à avoir les meilleures performances scolaires possibles pour accéder à un emploi, sans que le contexte économique ne permette à tous d'en trouver un ou bien à un niveau qui corresponde à leur diplôme. Les injonctions à la performance et l'idéal de réalisation individuel portés par le système néolibéral sont à l'origine d'une grande colère de la part d'une partie de la jeunesse contemporaine à l'échelle mondiale, qui se trouve contrainte de jouer ce jeu social pour subvenir à ses besoins, tout en étant profondément en désaccord avec ses règles et son fonctionnement. En attestent les mouvements sociaux de la jeunesse tels que « nuit debout » en France, « les indignés » en Espagne, « le printemps érable » au Canada ou encore « le mouvement des parapluies » à Hong Kong (Van de Velde, 2016). Cette jeunesse invite à redéfinir les places sociales, selon des valeurs auxquelles elle adhère.

Dans le deuxième chapitre, nous avons abordé un autre facteur d'incertitude quant à l'avenir pour les jeunes qui y sont confrontés : les troubles psychiques. Un autre pan de la littérature sociologique nous a permis d'aborder le traitement social des troubles psychiques. La qualification des troubles est en effet socialement et historiquement située. Les troubles psychiques s'expriment dans les comportements et rapports aux autres. Les qualifier revient à nommer un écart à la norme, une déviance. Ils sont également socialement situés dans la mesure où les manifestations de troubles correspondent à certaines époques. Par exemple, la dépression est analysée par Alain Ehrenberg comme l'expression d'une souffrance liée aux injonctions à la performance et à la compétitivité. Dans cette même approche, nous avons analysé des phénomènes tels que le retrait social à domicile (Hikikomori) ou encore la phobie scolaire, comme l'expression d'une souffrance vis-à-vis des normes et injonctions caractéristiques de cette classe d'âge. Si ces souffrances sont sociales, leur traitement relève du champ médical. Cette psychiatrisation et médicalisation de la souffrance sociale (Castel, 1977) opère pour les adultes, mais aussi pour les plus jeunes (Morel, 2014). Mais ce phénomène concerne encore davantage les personnes qui ne disposent pas ou de peu de ressources sociales,

vivent dans des conditions sociales difficiles, précaires. Les personnes venant des milieux les plus défavorisés sont celles qui ont les diagnostics psychiatriques les plus sévères et les prises en charge les plus lourdes (Dufrancatel, 1968). Au-delà de la phase de qualification, un traitement social différencié des troubles est également observé dans les phases de soin. Ainsi, à diagnostic égal, une personne a plus de risque d'être hospitalisée si son environnement de vie est jugé délétère ou ne permettant pas de « gérer » les troubles psychiques (Coutant, 2012).

Dans ce chapitre, nous nous sommes également intéressée au poids des troubles psychiques sur la vie sociale des personnes. Nous avons rappelé des éléments d'histoire de la psychiatrie pour montrer le processus d'ouverture des prises en charge, allant de l'asile comme institution totale à la psychiatrie de secteur visant l'inscription des malades dans la cité. Différentes approches du traitement des personnes psychiatisées découlent de cette histoire, avec selon certains auteurs deux grandes approches morales du champ : l'une humaniste et l'autre sécuritaire (Demailly, Autès, 2012). A ces figures de malades correspondent différentes offres de prise en charge et pratiques, mais aussi des stigmates différents. Mais ces conceptions de ce qu'est un malade ne suffisent pas à expliquer la complexité de l'offre destinée aux personnes avec des troubles psychiques. Pour la comprendre, il faut reprendre l'histoire de ces secteurs de l'action publique et repérer les rapports de force entre les différents professionnels. Nicolas Henckes décrit ainsi dans le courant des années 1970 les enjeux de pouvoir entre psychiatres qui ont mené à ce que les conséquences sociales des troubles continuent à être prises en charge par la psychiatrie et non par le secteur du handicap (Henckes, 2009). Au début des années 2000, le rapport de force entre les acteurs s'est modifié. Au côté de certains psychiatres, les associations d'usagers se sont mobilisées et ont obtenu l'inscription officielle des troubles psychiques dans les frontières du handicap. Cet épisode est important car, malgré d'importants changements, il détermine encore aujourd'hui l'organisation de l'offre d'accompagnement concernant les conséquences sociales des troubles psychiques. Une de nos hypothèses de travail portait sur le poids de l'offre, son organisation et ses valeurs, sur les parcours des jeunes. Cette question nous paraît d'autant plus importante que depuis le début des années 2000, la notion de « parcours » est très courante en santé publique. Nous distinguons la conceptualisation du parcours d'un point de vue sociologique, telle que nous l'avons mobilisée, de celle utilisée en santé publique. En santé publique, l'idée de parcours représente un changement de focale, pour signifier le passage des institutions vers les individus. Cette approche traduit à la fois des enjeux de rationalisation de l'action publique et des enjeux consistant à mettre le projet de vie des personnes au centre des actions et interventions. Pour autant, la mise en œuvre concrète de cet objectif bute sur un certain nombre de limites : les projets de vie des personnes doivent rester dans le cadre de l'offre d'accompagnement existante, d'une part et de l'autre ils sont soumis à l'évaluation des professionnels qui peuvent ou non ouvrir des droits.

A partir des apports sociologiques présentés dans les deux premiers chapitres, la deuxième partie de la thèse a analysé le processus de qualification des troubles et du handicap psychique chez les jeunes. Nous nous sommes appuyée sur les matériaux d'enquêtes recueillis : entretiens avec des jeunes, des parents et des professionnels (du soin, du médico-social, du social et de l'éducation) ; l'analyse de dossiers MDPH, et enfin, des études de cas menées dans le réseau de missions locales de notre territoire de recherche. Dans cette partie, nous avons mobilisé les concepts théoriques de « négociation » et « trajectoire de maladie » développés par Anselm Strauss (Strauss, 1992). Nous avons distingué deux phases des parcours de jeunes : celle de la qualification des troubles psychiques (commune à tous les jeunes rencontrés) et celle de la qualification d'un handicap psychique (spécifique à certains parcours seulement).

Le processus de qualification des troubles psychiques et les déterminants de l'entrée dans le soin sont abordés dans le troisième chapitre. Nombre des professionnels rencontrés nous ont fait part du caractère incertain des troubles psychiques à cette période de la vie, en écho à ce que souligne la littérature (Ernoul et Le-Grand-Sébille, 2010). L'idée avancée fréquemment est que le processus de maturation du cerveau n'étant pas achevé à cette période de la vie, il est délicat de poser un diagnostic et un pronostic des troubles. Une partie des psychiatres reste prudent afin de ne pas étiqueter le jeune ou de l'enfermer dans une catégorie de malade psychique, stigmatisante, alors même que ses troubles sont susceptibles de s'atténuer, voire de disparaître. La jeunesse apparaît en quelque sorte comme une phase de vulnérabilité psychique (du fait des nombreuses transitions au cours de cette période). Mais c'est aussi une période au cours de laquelle les premiers signes de troubles psychiques peuvent se manifester. Ainsi, la jeunesse est également une période sensible pour une partie des acteurs du secteur, qui défendent une prise en charge précoce des troubles pour en limiter le développement. Cette ambivalence entre prévention précoce et risque d'étiquetage est un enjeu important du processus de qualification des troubles et ce d'autant plus que les professionnels les plus à même de les repérer ne sont pas des professionnels de santé.

Notre analyse de l'amorce des trajectoires de jeunes comme victimes de « troubles psychiques » montre que ce sont principalement les parents et les professionnels de l'éducation nationale, voire les jeunes eux-mêmes qui amorcent le processus de qualification des troubles (en utilisant la notion de « souffrance » psychique). Les manifestations qui font l'objet de cette qualification sont parfois « bruyantes » (lorsqu'ils perturbent fortement le fonctionnement familial ou scolaire par exemple), parfois caractéristiques de ce que représentent des troubles psychiques dans l'opinion courante

(hallucinations, auto-agression), mais aussi dans bien des cas demeurent peu visibles. Ces manifestations discrètes peuvent alors être perçues mais faire l'objet de formes de normalisation et de rationalisation (Moreau, 2007), plus importantes que pour les troubles « bruyants ». Dans ces cas, l'entrée dans une prise en charge pour troubles psychiques sera plus tardive.

Dans le chapitre 3, nous avons mis en évidence deux autres déterminants majeurs de la qualification des troubles et de l'entrée dans des prises en charge : le milieu social d'origine et la perception du risque liée aux troubles. Les jeunes dont les familles disposent de capitaux économique et symbolique importants, ont plus tôt eu recours à des thérapeutes libéraux. Les jeunes les moins dotés entrent plus tardivement dans des accompagnements psychologiques. Concernant le type de prise en charge, les jeunes les plus favorisés et leurs parents, s'ils ont également recours à la psychiatrie publique dans certains cas, se réorientent ensuite vers le secteur privé, lorsqu'ils sont en désaccord avec un psychiatre du public. Ils disposent ainsi d'un pouvoir de négociation de leur parcours dont ne disposent pas les jeunes ayant le moins de ressources. La perception du suivi psychologique varie également selon le milieu social : tandis que les jeunes les plus habitués aux thérapies par la parole décrivent le suivi psychologique comme une aide précieuse, les jeunes venant des milieux les plus défavorisés entretiennent une relation de méfiance vis-à-vis des accompagnements par des psychologues. Nous avons également repéré un écart dans l'élaboration de théories diagnostiques (Eideliman, 2008), plus valorisantes socialement pour les jeunes les plus dotés en capitaux social, culturel et symbolique. Ainsi, les jeunes issus de milieux favorisés sont plus nombreux à passer des tests de QI avec des thérapeutes libéraux, pour explorer l'hypothèse d'un « haut potentiel ». La théorie diagnostique de l'autisme Asperger revient également fréquemment pour ces jeunes. Ces diagnostics sont présentés comme des moyens de s'en sortir « par le haut » pour expliquer leurs troubles et difficultés, car ils ont une dimension socialement valorisé : « l'intelligence » (Lignier, 2012).

Enfin, la perception du risque lié aux troubles est le dernier déterminant majeur que nous avons identifié dans la phase d'entrée dans le soin. Ainsi, plus que l'émergence de symptômes c'est leur caractère devenu incontrôlable qui motive le premier contact avec la psychiatrie. Les troubles peuvent devenir incontrôlables en dehors du soin, au sens où ils semblent mettre en péril la vie du jeune. Le risque peut également être social : lorsque les troubles remettent en question de façon majeure l'avenir qui était envisagé jusque-là ou encore lorsqu'ils remettent en question le fonctionnement des institutions socialisatrices des jeunes. Enfin, dans certains cas, le risque est perçu comme venant de la famille, de l'environnement du jeune. Dans ce cas, l'entrée dans le soin typiquement en hospitalisation, vise à éloigner le jeune de cet environnement. Si l'environnement familial du jeune influence ces perceptions du risque, il est également déterminant pour les capacités de négociation des parcours de vie et de soin des jeunes.

Le chapitre 4 a abordé le processus de construction sociale du handicap psychique. Nous nous sommes attachée à décrire les déterminants de la reconnaissance institutionnelle d'un handicap (c'est-à-dire par la MDPH, qui est l'instance publique en charge d'évaluer les situations de handicap). L'analyse des parcours des jeunes rencontrés en entretiens, des dossiers de demande MDPH, les entretiens avec les professionnels, mais aussi la description de l'offre dans le champ du handicap, nous ont permis de mettre en évidence des déterminants à différents niveaux.

La description du panorama de l'offre d'accompagnement dans le champ du handicap et l'analyse de la circulation des jeunes dans ces services a permis de mettre en lumière le poids de la construction historique des secteurs de l'action publique sur les parcours. Entre les années 1970 et 2005, l'offre de prise en charge pour des personnes psychiatriquées s'est développée principalement dans le secteur de la psychiatrie et non du handicap. Si la loi du 11 février 2005 a permis une ouverture officielle des dispositifs du champ du handicap aux personnes ayant des troubles psychiques, l'offre de scolarité est restée divisée entre le secteur du handicap et celui de la psychiatrie. A cela s'est ajouté un autre mouvement, celui de l'inclusion scolaire en milieu ordinaire des jeunes en situation de handicap. Les jeunes qui rencontrent des difficultés scolaires et font face à des troubles qualifiés de psychique ne sont pas orientés vers le champ du handicap, notamment du fait qu'il n'y a pas d'offre spécifique à leur situation dans ce secteur. Toutefois, certains jeunes rencontrés par le biais de l'étiquette « troubles psychiques », ont été scolarisés dans des dispositifs du champ du handicap. Ils ont pour point commun d'avoir eu plusieurs catégorisations de leurs troubles : au moment de leur entrée dans le dispositif spécialisé (handicap), ils n'ont pas de diagnostic de trouble psychique mais de trouble du comportement ou de déficience intellectuelle. Ainsi le diagnostic est construit à partir de l'offre institutionnelle sur le territoire (Heinry, 2020) et plus globalement à partir du découpage historique des politiques publiques.

A partir de ce cadre posé par l'offre institutionnelle, nous avons analysé la négociation entre les jeunes, leurs proches et les professionnels, qui peut mener à déposer une demande de reconnaissance institutionnelle d'un handicap. Nous avons mis en lumière le rôle très important joué par les professionnels. Dans bien des cas, ce sont eux qui ont amorcé la discussion sur la demande de handicap ; ce que nous avons observé notamment dans notre enquête en mission locale. Toutefois, l'objet de la discussion est variable selon la « morale » portée par le professionnel. Ainsi, ceux qui s'inscrivent dans une approche globale de l'accompagnement, vont plus facilement parler de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). L'AAH est préconisée pour permettre au jeune de bénéficier d'un minimum de ressources financières, de mettre à l'écart la précarité qui entrave les possibilités

d'insertion. Pour d'autres professionnels, qui s'inscrivent plutôt dans une approche par l'activation, c'est la recherche d'un emploi qui prime. L'AAH est alors perçue comme une entrave à la recherche d'emploi, au sens où elle ne motive pas la personne à trouver d'autres sources de revenus. Elle est préconisée en dernier recours. Ces professionnels vont plutôt inciter les jeunes à faire des demandes d'orientation en milieu protégé. En somme, selon le professionnel rencontré, les orientations préconisées et leur temporalité peuvent être différentes ; d'où une part d'aléa importante dans le déroulement des parcours des jeunes.

Enfin, nous avons identifié un autre déterminant majeur dans la construction du handicap psychique et de ses modalités de construction (c'est-à-dire le type de demande qui est fait) : les ressources des jeunes. Tout d'abord, à situation comparable en termes de troubles psychiques, les jeunes de moins de 25 ans, sans ressources et sans soutien familial, seront beaucoup plus souvent orientés vers le champ du handicap que des jeunes dont les parents les aident à subvenir à leurs besoins. C'est ici l'AAH qui est mobilisée, pour palier à l'absence de solidarités familiales et de l'Etat avant 25 ans (âge légal hors exception pour demander le RSA). La précarité est un accélérateur d'entrée dans le champ du handicap pour ces jeunes. Ensuite, le milieu social d'origine des jeunes joue un rôle sur la mobilisation des services du champ du handicap, au sens où il exacerbe les enjeux du « devenir adulte » pour les jeunes rencontrés à deux niveaux : le placement social rapide et la quête de soi. Les jeunes qui disposent du moins de ressources s'inscrivent dans une approche de la jeunesse comme période de placement social, d'accès à l'autonomie et à l'indépendance rapide. Ils sont prêts à plus de sacrifices pour accéder à des formes d'autonomie et d'indépendance vis-à-vis de leurs familles, ce d'autant plus lorsque celles-ci ont peu de ressources financières. Ces jeunes disent ne pas vouloir être un poids pour leur proches et manifestent une forte culpabilité du fait de n'avoir ni emploi, ni revenu. Ces jeunes acceptent alors plus les orientations vers le travail en milieu protégé. Mais ce recours est contraint, dans la mesure où il signifie un certain déclassement social par rapport à leurs parents ou à par rapport à leurs espérances. Chez d'autres jeunes rencontrés, dont les familles disposent de davantage de capital économique, la perception et le recours aux dispositifs du champ du handicap sont différents. Les difficultés d'insertion des jeunes les conduisent plutôt à s'inscrire dans une approche de la jeunesse comme période de quête de soi. La qualification des troubles psychiques met en suspens l'injonction au placement social rapide par l'emploi. L'insertion dans l'emploi, si elle est considérée comme importante, ne revêt pas le même caractère d'urgence et n'est pas conçue comme indispensable à la réalisation de soi. Ce sont des jeunes qui décrivent une vie sociale riche. Le recours au champ du handicap est perçu comme un soutien temporaire, qui doit les aider dans la réalisation de leurs projets.

Dans la dernière partie de la thèse, nous avons abordé l'impact des troubles qualifiés de psychique, sur l'inscription des jeunes dans les sphères normées de la jeunesse et plus particulièrement la scolarité et l'insertion dans l'emploi. La scolarité et l'insertion dans l'emploi sont non seulement des normes occupationnelles, qui portent des enjeux forts dans la représentation du passage à l'âge adulte, mais sont également des objets d'investissement de l'action publique majeurs. Nous nous sommes intéressée à la négociation des inscriptions dans ces normes occupationnelles pour des jeunes avec des troubles psychiques. De la même manière que dans la première partie, nous avons analysé le faisceau de variables sociales qui influencent ces négociations et les parcours des jeunes.

Le chapitre 5 est consacré à la scolarité. Du fait des biais de recrutement, la plupart des jeunes rencontrés ont quitté leur établissement scolaire de milieu ordinaire à un moment de leur parcours, du fait de troubles psychiques. L'analyse de l'offre locale de scolarisation pour des jeunes avec des troubles psychiques montre, dans la continuité du chapitre 4, le poids de la construction historique des secteurs psychiatriques et du handicap, sur les parcours des jeunes. Si l'inclusion scolaire est affichée comme un objectif fort des politiques éducatives et du handicap, les aménagements pour des jeunes avec des troubles psychiques restent majoritairement dans le giron de la psychiatrie. Le faible recours aux dispositifs du champ du handicap s'explique, d'une part, parce que l'offre semble inadaptée à la problématique des troubles psychiques, et d'autre part, du fait de l'incertitude des troubles. La qualification des troubles psychiques est en effet souvent récente et incertaine dans sa nature et son évolution. Les réponses à apporter sont donc également incertaines et l'ensemble des acteurs tendent à privilégier l'inscription dans des dispositifs en dehors du champ du handicap, parfois décrit comme enfermant et stigmatisant.

Certains dispositifs de scolarité sont accessibles aux jeunes avec des troubles psychiques dans le milieu de vie ordinaire. Mais, soit ils sont peu mobilisés par les jeunes que nous avons rencontrés (comme par exemple le SAPAD ou le PAI), soit ils ne permettent pas de maintenir le suivi de la scolarité (c'est le cas pour le CNED qui est très mobilisé, mais se révèle peu efficace en terme de suivi des cours par les jeunes sur une longue période). Le dispositif qui semble le plus permettre aux jeunes de renouer avec la norme scolaire est un service, qui n'existe que dans quelques villes en France : il s'agit d'un service de scolarité, rattaché à un établissement scolaire et à une clinique, qui accueille des jeunes déscolarisés du fait de problèmes de santé, dont des troubles psychiques. L'entrée dans ce service est très limitée, puisque seuls 20 nouveaux élèves y entrent chaque année, du côté de la psychiatrie.

Une enquête de plusieurs mois au sein de ce dispositif nous a permis de décrire et analyser les aménagements de la scolarité proposés et la manière dont ils impactent les parcours des jeunes qui y

entrent. Les aménagements proposés se traduisent principalement au niveau des conditions de suivi des cours (peu d'élèves, aménagements des emplois du temps, etc.) d'accompagnement des élèves (suivis de près avec un enseignant référent par élève, souplesse dans les absences, etc.) et non pas dans le contenu pédagogique (les programmes et les diplômes passés sont identiques à un lycée en milieu ordinaire). Ces aménagements permettent à de nombreux jeunes rencontrés de reprendre leur scolarité, de passer un diplôme, de renouer avec des pairs, et de retrouver une forme de « confiance institutionnelle en soi » (Martuccelli, 2006). Dans un contexte où la majorité des jeunes ont été confrontés à des troubles psychiques, ce dispositif leur permet de renouer avec une forme de normalité (Troisoeufs, 2012). Le suivi très proche par les enseignants permet également aux jeunes de passer des seuils (Figueiredo, 2019) contre lesquels ils avaient butté auparavant (les relations avec les pairs, aller en cours, passer un diplôme). Mais cette expérience décrite comme très positive par de nombreux jeunes n'est pas partagée par tous. Ainsi, certains d'entre eux quittent l'établissement avant d'avoir passé un diplôme, soit de leur propre initiative soit parce que la structure leur demande de s'inscrire dans un autre établissement. Certains jeunes quittent le service parce qu'ils décrivent une expérience négative de la collectivité avec d'autres pairs en souffrance psychique. D'autres ne peuvent se réinscrire, car leur comportement est jugé incompatible avec les règles de l'établissement. Les enseignants se trouvent en effet dans une posture parfois ambiguë, entre l'enseignement et le soin. S'ils se défendent d'être des soignants, les aménagements proposés sont parfois très proches de pratiques de soin en psychiatrie (c'est le cas par exemple de la semaine de césure, où les jeunes et leurs professeurs partent pendant 4 jours en dehors de l'établissement et de Villeroze pour construire un sentiment d'appartenance à un groupe). La spécificité de la structure les conduit à interroger leurs pratiques et postures d'enseignants. Cet équilibre parfois complexe amène la structure à demander aux jeunes une « confiance » et une « adhésion au dispositif », que nous avons analysé en termes de compliance aux règles scolaires. Les écarts à ces règles peuvent mener à un départ de la structure. Ce mécanisme de sélection des jeunes qui vont constituer le groupe d'élève se retrouve dans d'autres types de structures pour prévenir autant que possible d'éventuelles tensions dans le fonctionnement institutionnel. Ainsi, les jeunes doivent se plier aux codes du bon élève, à l'inverse de la figure de l'élève perturbateur dont les actes sont jugés comme relevant de sa responsabilité et non liés à ses troubles psychiques. Or, ces attitudes scolaires sont souvent liées à des incompréhensions des attentes de la structure (aux règles spécifiques par rapport à celles de la scolarité en milieu ordinaire).

Dans le chapitre 6, nous avons analysé les dispositifs d'accompagnement des jeunes vers l'insertion dans l'emploi. L'insertion dans l'emploi s'inscrit, dans les parcours normés de la jeunesse, dans la continuité de la scolarité. Nous avons étudié la phase de la recherche d'un emploi et

l'accompagnement institutionnel dans cette étape normée. Dans la continuité des résultats présentés dans le chapitre 4 sur la construction du handicap, la description du panorama de l'offre locale d'accompagnement vers l'emploi des jeunes permet de mettre en lumière deux postures professionnelles d'accompagnement, portées cette fois plus globalement dans des fonctionnements institutionnels : l'approche globale et l'approche par l'activation. L'observation des modes de financement actuels des structures associatives portant ces missions, et leur évolution dans le temps sur l'offre locale montrent un déclin de l'approche globale. Les financements se centrent sur des logiques dites d'activation et rendent difficile le maintien de services d'accompagnement sur une longue période des différents aspects de la vie des personnes.

Cette domination de la morale de l'activation a un impact fort sur les parcours des jeunes et sur leur réception de l'offre d'accompagnement. Elle fait peser sur les jeunes la responsabilité de leur insertion ou non dans l'emploi. Or, non seulement les troubles peuvent empêcher le franchissement du seuil de l'insertion dans l'emploi dans une temporalité sociale acceptable, mais encore, c'est parfois la confrontation même avec les exigences de ce passage de seuil (les compétences attendues sur le marché de l'emploi) qui révèlent les troubles de manière brutale. En France, et encore plus pour les jeunes entrant sur le marché de l'emploi, peu d'adaptations existent pour favoriser l'inclusion des malades psychiques. A ce constat s'ajoute la violence de la confrontation au marché du travail qui nous est décrite par les jeunes et qui mettent en évidence le sentiment de compétition généralisée qui fragilise et exclue ceux qui ne se projettent pas dans les normes actuelles du travail (disponibilité, adaptabilité, réactivité, mérite, etc.).

Dans ce contexte, les jeunes qui ne peuvent bénéficier du soutien de leur famille connaissent un désavantage social à l'égard de l'accès aux études et de l'insertion dans l'emploi et un risque accru de bascule vers la désaffiliation sociale (Muniglia, 2015). Ils sont de ce fait plus rapidement orientés vers les dispositifs du champ du handicap que les jeunes pouvant bénéficier de soutien familial. Mais comme nous l'avons développé dans le chapitre 4, selon le professionnel qui les accompagne dans la rédaction de leur dossier, ils seront ou non incités à demander une aide financière ou plutôt à s'orienter vers le travail en entreprise adaptée ou en ESAT.

Enfin, l'analyse de l'offre locale et de la circulation des jeunes au sein de ces dispositifs montre un écart entre l'offre telle qu'elle est pensée et sa réception. Il existe en effet peu de structures intermédiaires entre le champ du handicap et le milieu ordinaire pour l'insertion dans l'emploi. Dans ce contexte, les jeunes ayant un parcours antérieur en psychiatrie et qui en font part aux professionnels de milieu ordinaire sont orientés plus rapidement vers le champ du handicap pour bénéficier d'un accompagnement spécifique. Pour les jeunes dont le diagnostic de trouble psychique

est plus récent ou tout juste émergent, l'accompagnement se maintient dans les dispositifs de milieu ordinaire.

Enfin, dans le chapitre 7, nous avons abordé le point de vue des jeunes sur leurs parcours et leurs rapports aux normes occupationnelles de la jeunesse. Si l'organisation de l'offre de prise en charge, le contexte économique et moral, et les pratiques des professionnels orientent les parcours de jeunes, nous avons souhaité conclure cette thèse en présentant des déterminants individuels des parcours, en abordant la part des affects, représentations, valeurs et objectifs qui guident les actions des jeunes.

Ces affects et représentations apparaissent comme des moteurs majeurs des parcours scolaires des jeunes. Pour ceux dont la scolarité est interrompue ou mise en échec du fait de troubles psychiques, l'idée de honte est très présente, pouvant aller jusqu'au sentiment d'humiliation. La volonté de panser cette plaie peut conduire les jeunes à faire preuve d'une très grande ténacité et détermination dans la reprise d'études. D'autres jeunes qui ne sont plus inscrits dans un établissement scolaire font en sorte de maintenir des activités d'apprentissage, occupations qui leurs paraissent socialement légitimes pour leur classe d'âge, mais aussi valorisées. Ces sentiments sont aussi décrits par beaucoup de jeunes scolarisés dans le service de la clinique. La honte est liée à l'idée selon laquelle un jeune doit être un élève mais également aux rapports socialement situés entretenus avec la scolarité. Ainsi, l'humiliation est décrite comme d'autant plus forte que les proches du jeune ont fait des études longues et socialement valorisées. Pour certains jeunes, l'humiliation se mue en désespoir, lorsque les aspirations à une ascension sociale misaient sur l'obtention de diplômes.

Si le rapport à la scolarité est relativement conforme aux attentes, il en va de même dans le rapport à l'emploi, avec quelques variations. En effet, pour des jeunes qui disposent de solidarités familiales leur permettant de subvenir à leurs besoins, la pression au placement par l'emploi est moins forte que celle à se maintenir en scolarité. D'une part, quand la problématique des troubles psychiques dure depuis plus longtemps, elle a souvent déjà amené à une révision des perspectives d'avenir. Les troubles psychiques suspendent ou tout du moins atténuent le sentiment d'urgence au placement par l'emploi. De plus, dans un contexte marqué par la concurrence, peu d'aménagements sont possibles par rapport aux troubles psychiques mais aussi aux valeurs portées par le marché de l'emploi. Confrontés à ces discordances, les jeunes conçoivent cette période censée être celle de la recherche d'un emploi comme une quête de soi, via des activités alternatives. Pour les jeunes n'ayant pas de soutien familial ou dont les familles ont peu de ressources financières, la pression au placement social par l'emploi est à l'inverse exacerbée par les troubles psychiques, amenant les jeunes à concéder plus rapidement un déclassement social par rapport à leurs parents ou à l'avenir qu'ils s'étaient imaginés.

Dans cette thèse, nous avons cherché à déplier plusieurs sphères de la vie sociale des jeunes, sur une période de plusieurs années, pour donner à voir une vision d'ensemble des parcours. Si nous présentons le déroulé des parcours sous de multiples dimensions, nous n'en creusons que peu de manière approfondie. Nous avons ainsi parfois été frustrée de ne pas avoir pu développer certaines idées ou enquêtes, et ce plus particulièrement sur la scolarité ou l'insertion dans l'emploi. Mais une telle démarche nous aurait écarté du fil directeur des parcours et aurait créé un déséquilibre dans nos propos. Il en résulte de nombreuses pistes de recherches complémentaires.

Un axe d'analyse sociologique majeur est absent de cette thèse : celui du genre. Si nous ne doutons pas de l'intérêt de cet axe d'analyse de notre sujet de recherche, nous avons choisi de ne pas le développer ici. Si nous avons observé des différences dans les parcours selon le genre, ce déterminant nous paraissait moins majeur que le milieu social de prime abord. Cet axe d'analyse par le genre est une piste de prolongation de nos travaux qui nous paraît particulièrement intéressante.

Une autre piste de recherche dans la continuité de ce qui a été présenté, serait de travailler sur la « phobie scolaire ». De nombreux professionnels de l'éducation nationale rencontrés au cours de cette thèse témoignent de l'augmentation de l'anxiété scolaire, le plus souvent appelée phobie scolaire. C'est également un constat posé par les professionnels de la psychiatrie (Catheline, 2013). De plus de nombreux jeunes ont évoqué ce diagnostic pour qualifier leurs troubles pendant les entretiens. Ce phénomène pose de nombreuses questions. Quelles sont les modalités de maintien de la scolarité mises en œuvre ou non (d'autant plus avant 16 ans) ? Qui mobilise ces modalités de maintien de la scolarité ? Dans quelle logique ? A quel moment de son parcours ? Quels sont les réaménagements, préoccupations et engagements familiaux que cette situation engendre (les parents sont des acteurs forts de la mobilisation autour de la catégorie de « phobie scolaire ») ? Que font les jeunes déscolarisés du fait d'une phobie scolaire ?

Une recherche pourrait être menée sur ce sujet pour dans un premier temps interroger les différentes catégories mobilisées (anxiété, refus scolaire anxieux et phobie scolaire). Dans un second temps, ce travail pourrait porter sur les parcours de jeunes qui y sont confrontés. Pour cela, nous pourrions retracer finement leurs trajectoires grâce à des entretiens croisés (jeunes, parents, enseignants, professionnels de santé de l'Education Nationale, professionnels de la vie scolaire) et un suivi longitudinal (entretiens répétés sur plusieurs années).

Bibliographie

- Allouch, A. (2017). *La société du concours. L'empire des classements scolaires*. Paris, Seuil, coll. « La république des idées »
- Arrignon, M. (2016). *Gouverner par les incitations. Les nouvelles politiques sociales en Europe*. Grenoble, PUG.
- Attias-Donfut, C. (1995). *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, Etat*. Paris, Nathan.
- Autès, M. (2012). « Un impensé : les inégalités sociales de santé », dans Demailly, L. Autès, M. (2012). *La politique de santé mentale en France ; Acteurs, instruments, controverses*, Armand Colin.
- Bariaud, F. Dumora, B. (2004). « Les adolescents dans la société d'aujourd'hui », *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33/2, 191-204.
- Basset, B. (2013). « L'introuvable politique de santé mentale ». dans *ADSP*. (2013). « Psychiatrie : mutations et perspectives ». n °84.
- Baszanger, I. (1986). « Les maladies chroniques et leur ordre négocié ». Dans *Revue Française de Sociologie*, 27-1, pp 3-27
- Baudelot, C. Gollac, M. (2003). *Travailler pour être heureux ? Le travail et le bonheur en France*, Fayard.
- Bautier, E. Rochex, J-Y. (1998). *L'expérience scolaire des nouveaux lycéens. Démocratisation ou massification ?* Armand Colin.
- Beaud, S. (2013). *80% au bac...et après ? Les enfants de la démocratisation scolaire*, La découverte.
- Becker, H. (1963). *Outsiders*. Métailié (2012).
- Becquet, V. Bidart, C. (dir.), (2013). « Normes sociales et bifurcations dans les parcours de vie de jeunes », *Agora, Débats/JeunesseS*, n°65.
- Belard, C. Dembinski, O. (2012). « Les nouveaux outils de gestion en psychiatrie ». dans Demailly, L. Autès, M. (2012). *La politique de santé mentale en France ; Acteurs, instruments, controverses*, Armand Colin.
- Béliard, A. Eideliman, J-S. (2008). « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique ». Dans Bensa, A. Fassin, D. (dir) (2008). *Les politiques de l'enquête*. La découverte.

Béliard, A. Damamme, A. Eideliman, J-S. Moreau, D. (2015). « « C'est pour son bien ». La décision pour autrui comme enjeu micro-politique ». Dans *Sciences sociales et santé*, 2015/3, Vol 33, pp 5-14.

Béliard, A. (2019). *Des familles bouleversées par la maladie d'Alzheimer. Variations sociales*. Erès.

Berger, P-L. Luckmann, T. (1966). *La construction sociale de la réalité*. Masson.

Bergeron, H., Castel, P. (2010), « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du Travail*, 52 (4), pp. 441-460.

Bertaux, D. (1980). « L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités », *Cahiers internationaux de Sociologie*, 1980, n° 69.

Berthet, T, Zaffran, J, (dir.). (2014). *Le décrochage scolaire : enjeux, acteurs et politiques de lutte contre la déscolarisation*, Presses universitaires de Rennes.

Bessin, M. (2009). « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique ». Dans *Informations sociales*, 2009/6, n°156, pp 12-21.

Bidart, C. (2006). « Crises, décisions et temporalités : autours des bifurcations biographiques ». Dans *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 2006/1, n°120, pp 29-57.

Bidart, C. (2009). « Bifurcations biographiques et ingrédients de l'action ». Dans Grosseti, M. Bessin, M. Bidart, C. (dir.). (2009). *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et aux événements*. La découverte.

Blanc, P. (2011). *La scolarisation des enfants handicapés*. Rapport au Président de la République. La documentation française.

Bloch, M-A. Henault, L. (2014). *Coordination et parcours*, Dunod.

Blum, P. Heintz, H. (2016). « Des institutions des champs de l'enfance et de l'adolescence face au « handicap psychique ». Entre pratiques routinières et absence d'appropriation ». Dans Boucherat-Huet, V. Leguay, D. Pachoud, B. (et al). (2016), *Handicap psychique : questions vives*, Erès.

Blum, P. (2017). *Un quotidien ébranlé. Des jeunes patients de la psychiatrie et leur famille, dans la France contemporaine*. [Thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de Florence Weber, EHESS].

Blum, P. Neuberg, S. (2019). « Les temps retrouvés de l'insertion ». *Actes de la recherche en sciences sociales*. 1-2. n° 226-227.

Bodin, R. (2018). *L'institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*. La dispute.

Boucherat-Huet, V. Leguay, D. Pachoud, B. Plagnol, A. Weber, F. (2016). *Handicap psychique : questions vives*, Erès.

Bourdieu, P. Passeron, J-C. (1964). *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*. Paris, Les Editions de Minuit.

Bourdieu, P. Passeron, J-C. (1970). *La reproduction. Eléments d'une théorie du système d'enseignement*. Les éditions de Minuit.

Bourdieu, P. Passeron, J-C. (1971). *La reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement*. Les Editions de Minuit.

Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Les Editions de Minuit.

Bourdieu, P. (1986). « L'illusion biographique ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63, pp 69-72.

Briand, J-P. Chapoulie, J-M. (1993). « L'institution scolaire et la scolarisation. Une perspective d'ensemble ». *Revue française de sociologie*, 34-1, pp. 3-42.

Brossard, B. (2014). *Se blesser soi-même. Une jeunesse autocontrôlée*. Alma éditeur.

Bungener, M. (1995). *Trajectoires brisées, familles captives: la maladie mentale à domicile: construction incessante d'un équilibre toujours précaire*. Editions de l'Inserm.

Bungener, M. (2001). « Vivre hors les murs de l'hôpital psychiatrique : le rôle incontournable de la famille en ce début de siècle », *Sciences sociales et santé*, 19, 1, p. 107-111.

Cambois, E. Laborde, C. Robine, J.-M. (2008). « La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte ». *Population et société*, n°441.

Cacouault-Bitaud, M. Oeuvrard, F. (2009). *Sociologie de l'éducation*, Repères.

Carpentier, N. (2001). « Le long voyage des familles : la relation entre la famille et la psychiatrie au cours du XXème siècle ». *Sciences sociales et santé*, 19 (1), pp. 79-106.

Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris, Fayard.

Castel, R. (1977). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Les éditions de Minuit.

Castel, R. (2003). *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* La république des idées.

Castel, R. (2009). *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*. Seuil.

Catheline, N. (2013). « Intérêts et limites d'une conception psychopathologique de la phobie scolaire. Plaidoyer pour une approche thérapeutique et pédagogique intégrative ». *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2, n°62, pp. 133-143.

Cefai, D. (2010). *L'engagement ethnographique*. Editions de l'EHESS.

Cervera, M. Parron, A. (2016). « Les situations sociales des familles des jeunes accompagnés en institut thérapeutique éducatif et pédagogique : comment penser l'implication des parents ? », *Empan*, 1, n°117, pp. 123-129.

Chamboredon, J-C. (1991). *Jeunesse et classes sociales*. Paris. Editions Rue d'Ulm.

Chauvel, L. (2016). *La spirale du déclassement. Essai sur la société des illusions*. Paris, Seuil.

Chauvel, L. (1998). *Le destin des générations. Structures sociales et cohortes au XXème siècle*. Presses Universitaires de France.

Chevalier, T. (2018). *La jeunesse dans tous ses Etats*. Paris, Presses Universitaires de France.

Cichelli, V. Martin, C. (2004). « Young adults in France : becoming adult in the context of increased autonomy and dependency. » *Journal of comparative family studies*.

Coldefy, M. (2010). *De l'Asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France*, [Thèse de doctorat en géographie, sous la Direction de Denise Pumain, Paris 1].

Cosgrove, L. Krinsky, S. Vijayaraghavan, M. Schneider, L. (2006). « Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry », *Psychother Psychosom*, 75(3), pp. 154-60.

Coutant, I. (2012). *Troubles en psychiatrie*, La Dispute.

Coutant, I. Wang, S. (dir), (2018). *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*. Paris, CNRS éditions.

Cresson, G. (2006). « La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle ». *Recherches familiales*, n°3, pp 6-15.

Darmon, M. (2003). *Devenir anorexique ; une approche sociologique*, La découverte.

Demailly, L. (2011). *Sociologie des troubles mentaux*, La découverte.

Demailly, L. (2012). « La psychiatrie entre déchirements et métamorphose », dans Bonny, Y. Demailly, L. *L'institution plurielle*, Septentrion Presses Universitaires.

Demailly, L. Autès, M. (2012). *La politique de santé mentale en France ; Acteurs, instruments, controverses*, Armand Colin.

Demailly, L. (2014). « Santé mentale et politique du relationnel. Vers de nouvelles configurations ». *alterstice*, 4 (2), pp 49-62.

De Singly, 2000, *Libres ensemble. L'individualisme dans la vie commune*. Paris, Nathan.

Desplanques, G. (1973). « À 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manœuvres 34 ans seulement », *Économie et Statistique*, n° 49, pp. 3-19

Donzelot, J. (2008). Le social de compétition. *Esprit*, n°349, pp 51-77.

Dorvil, H. (1990). « La maladie mentale comme problème social ». *Service social*, Vol. 39, n°2, pp.44 – 58.

Douat, E. (2007). « La construction de l'absentéisme scolaire comme problème de sécurité intérieure dans la France des années 1990-2000 », *Déviance et Société*, Volume 31, p. 149-171

Dubet, F. (1991). *Les lycéens*. Paris, Seuil.

Dubois, F. (2008). *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*. Economica.

Dufrancatel, C. (1968). *La sociologie des maladies mentale*. Mouton and co.

Duvoux, N. (2009). « L'injonction biographique dans les politiques sociales », *Informations sociales*, 2009/6, n°156, pp. 114-122.

Duvoux, N. (2012). *Le nouvel âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*. Seuil.

Ebersold, S. (2005). *Le temps des servitudes, famille, handicap et société*, Presses Universitaires de Rennes.

Ebersold, S. (2012), *Les transitions vers l'enseignement tertiaire et vers l'emploi des jeunes adultes handicapés*, OECD.

Ehrenberg, A. (1991). *Le culte de la performance*, Hachette.

Ehrenberg, A. (1996). *L'individu incertain*, Calmann Levy.

Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi ; Dépression et société*, Odile Jacob.

Ehrenberg, A. (2011). « La société du malaise. Une présentation pour un dialogue entre clinique et sociologie ». *Adolescence*, T. 29, n°3, pp. 553- 570.

Ehrenberg, A. Lovell, A. (dir). (2001). *La maladie mentale en mutations, Psychiatrie et société*, Paris, Editions Odile Jacob.

Elias N., 2004, *La société des individus*. Agora.

Ernoul, A. Le Grand-Séville, C. (2010). *Parents de grands adolescents, jeunes adultes, hospitalisés en psychiatrie : Quels vécus ? Quels besoins ? Quelles violences ? Quels soutiens ?* Fondation de France.

Esping Andersen, G. (2007). *Les trois mondes de l'Etat providence*. Presses Universitaires de France.

Evans, K. Furlong, A. (2000). « Niches, transitions, trajectoires. De quelques théories et représentations des passages de la jeunesse ». *Lien social et politiques*, n°43, pp. 43-148.

Eyraud, B. Vidal-Naquet, P. (2010). « Entre décence et indécence, un malentendu révélateur ». Dans Payet, J-P. Rostaing, C. Giuliani, F. (dir.) (2010), *La relation d'enquête. La sociologie au défi des acteurs faibles*, Presses Universitaires de Rennes.

Fansten, M. Figueiredo, C. (2014). « Parcours de *Hikikomori* et typologie du retrait », *Le Télémaque*, n°46.

Fansten, M. Figueiredo, C. Pionnié-Dax, N. Vellut, N. (2014). *Hikikomori, ces adolescents en retrait*, Armand Colin.

Fassin, D. Memmi, D. (2004). *Le gouvernement des corps*. EHESS.

Fassin, D. (2004), *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. La découverte.

Fassin, D. Eideliman, J-S. (dir.) (2012). *Economies morales contemporaines*. La découverte.

Figueiredo, C. (2019), « Le corps adolescent face à la souffrance psychique : enjeux individuels, sociaux et politiques de l'hospitalisation en pédopsychiatrie », *Enfances, Familles, Générations*, 33/2019.

Fillion, E. Guével, M-R. Roussel, P. (2016). Aménagements raisonnables et Situations de handicap. Quels usages d'un nouveau cadre juridique ? Actes électroniques de la journée d'études du 11 février 2016. 76 pages ; EHESP.

Foucault, M. (1964). *Histoire de la folie à l'âge classique*. 10/18

Galland, O. (2000). « Entrer dans la vie adulte : des étapes toujours plus tardives mais resserrés, *Economie et statistique*, n°337-338, pp 13-36.

Galland, O. (2001) ; « Adolescence, post adolescence, jeunesse : retour sur quelques interprétations ». *Revue française de sociologie*, Vol 42, n°4, pp 611-644.

Galland, O. (2011). *Sociologie de la jeunesse*, Armand Colin, Collection U Sociologie, 5^{ème} édition.

Garcia, S. (2013). *A l'école des dyslexiques : naturaliser ou combattre l'échec scolaire ?* La découverte.

Gaviria, S. (2016). « La génération boomerang : devenir adulte autrement », *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches

Giordano, G. (2016). « Le handicap psychique des adultes à l'épreuve de l'action publique », dans Boucherat-Hue V, Leguay D, Pachoud B (et al), *Handicap psychique : questions vives*, Erès

Giraud, C. (2014). *Les chemins du couple. Une sociologie de la vie personnelle des jeunes en milieu étudiant*, Habilitation à diriger des recherches, (garant : Olivier Martin), Université Paris Descartes.

Giraud, C. (2017). *L'amour réaliste. La nouvelle expérience amoureuse des jeunes femmes*, Colin.

Glasman, D. Oeuvarard, F. (dir.). (2011). *La déscolarisation*. La Dispute.

Goffman, E. (1961). *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Les éditions de Minuit.

Goffman, E. (1973). « La folie dans la place », dans *La mise en scène de la vie quotidienne 2. Les relations en public*, Paris, Les Editions de Minuit, p. 313-361.

Goffman, E. (1983). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Les Editions de Minuit.

Goffman, E. (1996). *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1. La présentation de soi*. Editions de Minuit.

Grard, J. (2011). *Frontières invisibles : l'expérience de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France*. [Thèse de doctorat en anthropologie, sous la direction de Didier Fassin, EHESS].

Grossetti, M. (2004). *Sociologie de l'imprévisible. Dynamique de l'activité et des formes sociales*. Presses Universitaires de France.

Grossetti, M. (2006). « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux ». Dans *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 2006/1, n°120, pp 5-28.

Grossetti, M. (2009). « Imprévisibilités et irréversibilités : les composantes des bifurcations ». Dans Grossetti, M. Bessin, M. Bidart, C. (dir). (2009). *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et aux événements*. La découverte.

Grossetti, M. Bessin, M. Bidart, C. (dir). (2009). *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et aux événements*. La découverte.

Guillaume, J-F. (2009). « Les parcours de vie. Entre aspirations individuelles et contraintes structurelles ». Dans *Informations sociales*, 2009/6, n°156, pp 22-30.

Guichard, A. Potvin, L. (2010). « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? ». dans Potvin, L. *La réduction des inégalités sociales de santé, un objectif prioritaire des systèmes de santé*, Inpes.

Hacking, I. (1995). *L'âme réécrite. Etude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*. Les empêcheurs de tourner en rond.

Hassenteufel, P. (2008). *Sociologie politique. L'action publique*. Armand Colin.

Henry, H. (2020). *L'élève empêché ; Comment fonctionne les qualifications médico-sociales sur un territoire*. [Thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de Florence Weber, EHESS].

Henry-Panabière, G. (2010). *Des héritiers en échec scolaire*. La dispute.

Herrgott, B. (1999). « Du RMI à l'AAH. Une vie à minima ? Négociations et effets du glissement des plus démunis des catégories de l'insertion aux catégories du handicap. » *Lien social et politique*, n°42, pp. 143-154.

Henckes, N. (2009). « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 ». *Genèse*, 3, n°76, pp. 76-97.

Henckes, N. (2009). « Les psychiatres et le handicap psychique ». *Revue Française des Affaires Sociales*, 1-2, pp. 25-40.

Hochmann, J. (2011). *Histoire de la psychiatrie*, Presses Universitaires de France.

Honneth, A. (1992). *La lutte pour la reconnaissance*. Folio (2013).

Jaeger, M. (2012). *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, Dunod.

Lalivé d'Épinay, C. Bickel, J-F. Cavalli, S. Spini, D. (2005), « Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire ». Dans Guillaume, J-F. (dir.). *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*. Liège, Editions de l'ULG.

Lang, T. (2010). « Les inégalités sociales de santé ». ADSP, n°73.

Le Bihan-Youinou, B., Martin, C. (dir). (2008). *Concilier vie familiale et vie professionnelle en Europe*. Presses de l'EHESP.

Lignier, W. (2012). *La petite noblesse de l'intelligence. Une sociologie des enfants surdoués*. La découverte.

Lejeune, A. (2016), « Aménagements raisonnables et travailleurs en situation de handicap, quelques pistes pour des analyses sociologiques », dans Fillion, E., Guével, M-R., Roussel, P., (2016). Aménagements raisonnables et Situations de handicap. Quels usages d'un nouveau cadre juridique ? Actes électroniques de la journée d'études du 11 février 2016. 76 pages ; EHESP

Lima, L. (2016). *Pauvre jeunes. Enquête au cœur de la politique sociale de la jeunesse*. Champ social.

Loncle, P. (2008). « Des préoccupations sociales à la santé publique : la prise en charge locale des jeunes. L'exemple rennais ». *Histoire@politique*. 1, n°4.

Loncle, P. Muniglia, V. Rivard, T. Rothé, C. (2008). « Fonds d'aide aux jeunes et inégalités territoriales : aide a minima ou politiques départementales de jeunesse ? ». *Revue française des affaires sociales*, 1, pp. 229 à 249.

Loncle, P. (2010). *Politiques de jeunesse*. Presses Universitaires de Rennes.

Loncle, P. (2013). « Jeunes et politique publiques, des décalages croissants ». *Agora, Débats/Jeunesses*, 2, n°64.

Lovell, A. (2003). *Etat des lieux de la recherche en sociologie et anthropologie des maladies mentales et de la santé mentale*, Rapport DGS-MiRe, Cesames.

Lovell, A. (2010). « Santé mentale ». Dans Fassin, D. Hauray, B, *Santé Publique, penser les savoirs*. La découverte.

Martin, C. (1997). *L'Après divorce. Lien familial et vulnérabilité*. Presses universitaires de Rennes.

Martin, C. (2002). « Solidarités familiales. L'illusion du renouveau ». *Familles*, pp. 107-112.

Martuccelli, D. (2006). *Forgé par l'épreuve ; L'individu dans la France contemporaine*, Armand Colin.

Masson, A. (2009). *Liberté, égalité ou fraternité entre les générations ?*, EHESS.

Maunaye, E. Muniglia, V. Potin, E. Rothé, C. (2019). « Le domicile familial comme ressource ? Expériences de recohobitation dans les transitions vers l'âge adulte », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, pp. 143-166.

Mauger, G. (1995). « Jeunesse : l'âge des classements ; Essai de définition sociologique d'un âge de la vie ». *Recherches et Prévisions*, n°40, pp. 19-36.

Mazé, L. Nocerino, P. (2017). « Analyser l'accueil des personnes âgées en institution. De l'autinimie aux transferts de responsabilité. *Ethnographiques.org Revue en ligne de sciences humaines et sociales*.

Memmi, D. (1996). *Les gardiens du corps. Dix ans de magistère bioéthique*. EHESS.

Menoret, M. (1999). *Les temps du cancer*. Editions du CNRS.

- Merle, P. (2009). *La démocratisation de l'enseignement*. La découverte.
- Milano, S. (2009). « Le handicap psychique d'une loi à l'autre », *Revue Française des Affaires Sociales*, 1-2, pp 17-24.
- Millet, M. Thin, D. (2005). *Ruptures scolaires. L'école à l'épreuve de la question sociale*. Presses Universitaires de France.
- Moreau, D. (2007). *Faire interner un proche ? Le travail sur l'autonomie en contexte de troubles psychiques*, [Mémoire de master, EHESS]. CNAF, Dossiers d'études n° 94, Juillet 2007.
- Moreau, D. (2010). « Que fait-on quand on nomme ? Le handicap psychique face aux figures de la folie et de la maladie mentale », *Annales Médico-Psychologiques*.
- Moreau, D. (2015). *Contraindre pour soigner ? : les tensions normatives de l'intervention psychiatrique après l'asile*. [Thèse de doctorat en sociologie, Sous la direction de Nicolas Dodier, EHESS].
- Morel, S. (2014). *La médicalisation de l'échec scolaire*. La dispute.
- Mossé, P. Devineau, J. (2012). « Quand la psychiatrie rencontre le nouveau management public (NPM) ». dans Demailly, L. Autès, M. (2012). *La politique de santé mentale en France ; Acteurs, instruments, controverses*, Armand Colin.
- Muller, P. Surel, Y. (2000). *L'analyse des politiques publiques*, Montchretien.
- Muniglia V., Rothé C. (2012) « Jeunes vulnérables : quels usages des dispositifs d'aide », *Agora Débats/Jeunesses*, n°62, p. 65-79.
- Muniglia, V. Rothé, C. Thalineau, A. (2012), « Accompagner les jeunes vulnérables : catégorisation institutionnelle et pratique de la relation d'aide », *Agora Débats/jeunesses*, n°62, pp. 97-110.
- Muniglia V., Thalineau A., « Insertion professionnelle et sociale des jeunes vulnérables. Les conseillers des missions locales entre adaptation et tension », *Politiques sociales et familiales*, n° 108, juin 2012, pp. 73-82.
- Muniglia, V. (2015). *Devenir adulte quand le soutien familial fait défaut : sociologie d'une jeunesse vulnérable*. [Thèse de doctorat en sociologie. Sous la direction de Serge Paugam. EHESS].
- Orange, S. (2013). *L'autre enseignement supérieur ; Les BTS et la gestion des aspirations scolaires*. Presses Universitaires de France.

Parron, A. (2011). *Le passage à l'âge adulte des jeunes souffrant de troubles psychiques : enjeux d'autonomisation dans la prise en charge du handicap psychique entre dépendance et engagement des jeunes usagers/patients*. [Thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de François Sicot et de Marcel Drulhe, Toulouse 2].

Passeron, J-C. (1990). « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires ». *Revue française de sociologie*, 31-1, pp 3-22.

Paugam, S. (2000). *Le salarié de la précarité*. Presses Universitaires de France.

Paugam, S. (2008). *Le lien social*. Presses Universitaires de France.

Périer, P. (2004). « Adolescents populaires et socialisation scolaire : les épreuves relationnelles et identitaires du rapport pédagogique », *L'orientation scolaire et professionnelle* [En ligne], 33/2.

Peugny, C. (2009). *Le destin au berceau. Inégalités et reproduction sociale*. Seuil.

Peugny, C. Van de Velde, C. (2013). « Repenser les inégalités entre générations », *Revue Française de Sociologie*, 2013/4, (vol.54), pp. 641-662.

Pitrou, A. (1977). « Le soutien familial dans la société urbaine ». *Revue française de sociologie*. Vol 13, pp. 47 – 84.

Pollitt, C. Bouckaert, G. (2000). *Public management reform, a public analysis*, Oxford University Press.

Postel, J. Quétel, C. (2012). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod.

Ramos, E. (2002), *Rester enfant, devenir adulte. La cohabitation des étudiants chez leurs parents*. L'Harmattan.

Roelandt, J-L. (2006). « Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Et en France ? » *L'information psychiatrique*. 4, Vol 82.

Rosa, H. (2013). *Accélération. Une critique sociale du temps*. La découverte.

Rosa, H. (2018). *Résonance. Une sociologie de la relation au monde*. La découverte.

Saito, T. (1998). *Social withdrawal: a neverending adolescence*. Tokyo, PHP Shinsho.

Schwartz, B. (1982). « L'insertion professionnelle et sociale des jeunes ». Rapport au premier ministre.

Schweyer, F-X. (1998). "La régulation régionale du système hospitalier. Pilotage par l'Etat ou territorialisation ?". *Politique et management public*. Vol 16. n°3.

- Sicot, F. (2001). *Maladies mentales et pauvreté*. L'harmattan.
- Sicot, F. (2005). « Intégration scolaire, le handicap social a-t-il disparu ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, pp. 273-293.
- Sicot, F. (2006). « La psychologisation rampante de la question sociale », in Beaud S., (dir.) *La France invisible*, Paris, La Découverte, pp. 618-631.
- Sicot, F. (2011). « La scolarisation dans les dispositifs atypiques », dans Glasman, D. Oeuverdard, F. (dir.). (2011). *La déscolarisation*. La Dispute.
- Strauss, A. Baszanger, I. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*. L'Harmattan.
- Thomas, W-I. Znaniecki, F. (1919). *Le paysan Polonais en Europe et en Amérique. Récit de vie d'un migrant*. Nathan (1998).
- Troisoeufs, A. (2012). *Le passage en actes : Du malade mentale à la personne liminaire : Anthropologie des associations d'usagers de la psychiatrie*. [Thèse de doctorat en ethnologie, sous la direction d'Anne Lovell, Paris 5].
- Valeyre, A. (2014). « L'organisation du travail et ses effets sur l'intégration professionnelle ». dans Paugam, S. (dir). (2014). *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture de liens sociaux*. Presses Universitaires de France.
- Van de Velde, C. (2008). *Devenir adulte : sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, Presses universitaires de France.
- Van de Velde, C. (2015). « Les voies de l'autonomie : Les jeunes face à la crise en Europe ». *EN3S « Regards »*, 2015/2, n°48, pp 81-93.
- Van de Velde, C. (2016). « Sous la colère. Les épreuves du devenir adulte en monde néo-libéral ». *Informations sociales*. 2016/4. n°19, pp 48-53.
- Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie, sociologie de la maladie mentale*, Armand Colin.
- Verhaegen, L. (1985). « Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques », *Sociologie et sociétés*, XVII, 1, pp. 51-60.
- Ville, I. Fillion, E. Ravaud, J-F. (2016). *Introduction à la sociologie du handicap. Histoire, politiques et expérience*. De Boeck.

Voléry, I. Garnung, M. Mantovani, J. Fierro, F. Horriot, A. (2007). *La constitution du handicap psychique dans le secteur de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes*, Rapport de recherche financée par la MiRe et la DREES, Contrat d'étude CNV05125, Programme « handicap psychique ».

Voléry, I. (2009). « Sens et usages de la difficulté psychique dans le secteur de l'insertion professionnelle. Le cas Toulousain », *Revue française des affaires sociales*, n°1, pp. 279-300.

Von Buelzingsloewen, I. (2002). « Les aliénés morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 4 (n° 76), p. 99-115

Vrancken. D, Marquet, C. (2006). *Le travail sur soi, vers une psychologisation de la société ?*. Paris, Belin.

Walther, A. Stauber, B. et al. (dir). (2002). *Misleading Trajectories. Integration Policies for Young People in Europe?* EGRIS publication.

Walther, A. (2006). « Regimes of youth transitions: Choice, flexibility and security in young people's experiences across different European contexts ». *YOUNG*, Vol 14, n°2.

Warin, P. (2016). *Le non recours aux politiques sociales*. Presses Universitaires de Grenoble.

Weber, F. (2008). « Publier des cas ethnographiques : analyse sociologique, réputation et image de soi des enquêtés ». *Genèses*, 1, n°70, pp 140-150.

Weber, F. Delbecq, J. Plaisance, E. (2012). « Éditorial », *Alter : Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, vol. 6, 4, pp. 239-24.

Weber, F. (2012). « Être pris en charge sans dépossession de soi ? », *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 6, 4, p. 326-339.

Weber, F. (2017). *Entre accompagnement médico-social du handicap psychique et soin psychiatrique : Etude de trajectoires de malades mentaux en Ile-de-France*, Rapport final TRAPSY, Iresp-Axe 3 « Handicap et perte d'autonomie ».

Rapports

Amiel, M. (2017). *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*, Rapport d'information n°494. Sénat.

Blanc, P. (2011). *La scolarisation des enfants handicapés*. Rapport au président de la république.

Charzat, M. Barres, M. Gouriou, M-F. (2002). *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en*

situation de handicap - du fait de troubles psychiques-et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches. Ministère Délégué à la Famille à l'Enfance et aux Personnes Handicapées.

Inserm (dir). (2002). *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent.* Rapport. Les éditions Inserm.

Inserm (dir). (2005). *Troubles mentaux : Dépistages et prévention chez l'enfant et l'adolescent.* Rapport. Les éditions Inserm.

Rapport à la Ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du dialogue social, *L'insertion professionnelle des jeunes*, DARES, France Stratégie, Janvier 2017.

Piveteau, D. Acef, S. Debrant, F-X. Jaffre, D. Perrin, A. (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.* Ministère des affaires sociales et de la santé.

Annexes

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 2 : Liste des sigles

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Les entretiens en Italique ont été réalisés par des collègues sociologues dans le cadre de deux projets de recherche auxquels nous avons participé (49 entretiens). Les entretiens qui ne sont pas en italique ont été réalisés par nos soins, seule ou avec une autre collègue (97 entretiens). Au total, nous disposons d'un corpus de 146 entretiens.

Jeunes

Nous avons effectué 39 entretiens avec 39 jeunes.

La présentation est faite par ordre alphabétique des prénoms utilisés pour la recherche.

1. Antoine, 20 ans
2. Benjamin, 17 ans
3. Camille, 18 ans
4. *Emeline, 28 ans*
5. Emma, 19 ans
6. Enzo, 28 ans
7. *Fanny, 20 ans*
8. Fleur, 25 ans
9. Gabriel, 18 ans
10. Gaétan, 19 ans
11. *Jeanne, 17 ans*
12. Judith, 16 ans
13. Juliette, 20 ans
14. Julie, 20 ans
15. Laetitia, 24 ans
16. Laura, 18 ans
17. Lola, 18 ans
18. Lou, 22 ans
19. Louise, 28 ans
20. *Lucie, 23 ans*
21. Maeva, 17 ans
22. Malo, 18 ans
23. Marin, 24 ans
24. Marion, 17 ans
25. Mathéo, 24 ans
26. *Nadine, 23 ans*
27. Nina, 21 ans
28. Noémie, 23 ans
29. Ophélie, 20 ans
30. Robin, 22 ans
31. Rose, 25 ans
32. *Sophie, 23 ans*
33. *Suzanne, 23 ans*
34. *Sylvain, 23 ans*
35. *Thomas, 19 ans*
36. Valentin, 19 ans
37. *Virginie, 23 ans*
38. Xavier, 23 ans
39. Yves, 31 ans

Parents

Nous avons réalisé 6 entretiens avec 8 parents.

1. Mme et Mr Martel
2. Mme et Mr Guillemeau
3. Mme Pain
4. Mme Morin
5. *Mme Damon*
6. *Mme Castello*

Professionnels

Par secteur et ordre alphabétique

- *Champs scolaire*

Nous avons effectué 35 entretiens avec 37 professionnels.

1. *Animatrice Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire (MLDS)*
2. *Animatrice Mission d'Insertion de Jeunes de l'Enseignement Catholique*
3. *Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) du service de scolarité à l'hôpital*
4. *Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) du service de scolarité à l'hôpital*
5. *Conseiller Principal d'Education du service de scolarité à l'hôpital*
6. *Conseiller Principal d'Education Lycée public A*
7. *Conseiller Principal d'Education Lycée B*
8. *Conseiller Principal d'Education Lycée C*
9. *Conseillère d'Orientation Psychologue de Centre d'Information et d'Orientation (CIO)*
10. *Conseillère d'Orientation Psychologue (COP) du service de scolarité à l'hôpital*
11. *Coordonnateur relais handicap à l'Université*
12. *Coordinatrice Service d'Assistance Pédagogique à Domicile (SAPAD)*
13. *Directrice CIO*
14. *Directeur de service de scolarité de clinique*
15. *Enseignante du service de scolarité à l'hôpital, responsable du suivi étudiant*
16. *Enseignante du service de scolarité à l'hôpital, responsable des classes d'immersion*
17. *Enseignante du service de scolarité à l'hôpital*
18. *Enseignante du service de scolarité à l'hôpital*
19. *Enseignante du service de scolarité à l'hôpital*
20. *Enseignante du service de scolarité à l'hôpital*
21. *Enseignante du service de scolarité à l'hôpital*
22. *Enseignante du service de scolarité à l'hôpital*
23. *Enseignante du service de scolarité à l'hôpital*
24. *Enseignante du service de scolarité à l'hôpital*
25. *Infirmière Conseiller Technique de Département*
26. *Infirmière Lycée Public A*
27. *Infirmières scolaires (deux) Lycée Public B*

28. *Infirmière Lycée Public C*
29. Inspecteurs (deux) de l'éducation Nationale chargés de l'Adaptation Scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés
30. Médecin de l'Education Nationale
31. Médecin Conseiller Technique de l'Education Nationale
32. *Médecin de l'Education Nationale*
33. *Membre du Conseil d'Administration de l'association Phobie Scolaire*
34. *Proviseur Lycée Public A*
35. *Proviseure Collège privé*

- **Champ sanitaire**

Nous avons effectué 12 entretiens avec 14 professionnels.

1. Assistante sociale CMP
2. Assistante sociale Service de consultation en psychiatrie pour jeunes
3. Infirmière Maison des Adolescents (MDA)
4. Pédiopsychiatres (deux), Urgences pédiatriques
5. Psychiatre, Maison des Adolescents (MDA)
6. Psychiatre, Service d'hospitalisation pour jeunes
7. Psychiatre, Responsable du service d'hospitalisation rattaché au service scolaire
8. Psychiatre Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
9. Psychiatre de secteur
10. Psychiatre Urgences adultes
11. Psychiatre et Psychologue Service d'Aide Psychologique Universitaire (2 entretiens)
12. Psychologue, Service d'hospitalisation rattaché au service scolaire

- **Champ de l'insertion sociale et professionnelle**

Nous avons effectué 40 entretiens avec 32 personnes

1. *Animateur Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)*
2. Conseiller Cap Emploi
3. Conseiller en Insertion Professionnelle Mission Locale A (3 entretiens)
4. Conseiller spécifique accès au logement, Mission Locale A (2 entretiens)
5. *Conseiller Association B pour l'insertion dans l'emploi de personnes avec un handicap mental*
6. Conseillère en Insertion Professionnelle Mission Locale A (2 entretiens)
7. Conseillère en Insertion Professionnelle Mission Locale A
8. Conseillère en Insertion Professionnelle, responsable du PLIE, Mission Locale A
9. Conseillère Garantie Jeune Mission Locale A
10. Conseillère en Insertion Professionnelle Mission Locale A
11. Conseillère spécifique accès au logement, Mission Locale A
12. *Conseillère en Education Sociale et Familiale Mission Locale A*
13. *Conseillère en Insertion Professionnelle Mission Locale A*
14. *Conseillère en Insertion Professionnelle Mission Locale A*

15. *Conseillère en Insertion Professionnelle Mission Locale A*
16. *Conseillère en Insertion Professionnelle Mission Locale A*
17. *Conseillère en Insertion Professionnelle Mission Locale A*
18. *Conseillère en Insertion Professionnelle Mission Locale A*
19. *Conseillère en Insertion Professionnelle Mission Locale A*
20. *Conseillère en Insertion Professionnelle Mission Locale A*
21. *Conseillère en Insertion Professionnelle Mission Locale A*
22. *Conseillère Association A pour l'insertion dans l'emploi de personnes avec un handicap mental*
23. *Conseillère Centre de Formation Professionnelle A*
24. *Conseillère Centre de Formation Professionnelle B*
25. *Directeur Association C pour l'insertion dans l'emploi de personnes avec un handicap psychique*
26. *Directeur Mission Locale C*
27. *Psychologue Mission Locale A*
28. *Psychologue Mission Locale B*
29. *Psychologue Mission Locale C*
30. *Responsable de service Mission Locale A*
31. *Référente santé Mission Locale A (2 entretiens)*
32. *Responsable Garantie Jeune Mission Locale A (2 entretiens)*
33. *Référent Handicap Mission Locale D*
34. *Responsable Association A pour l'insertion dans l'emploi de personnes avec un handicap mental*

- **Autres**

Nous avons effectué 14 entretiens avec 17 personnes

1. *Animateur ESAT*
2. *Assistante sociale ESAT*
3. *Chargée de projet- « jeunes et parcours complexes » -ARS*
4. *Cheffe de Service résidences A*
5. *Directeur Service de tutelle*
6. *Directeur Association pour l'insertion dans le logement*
7. *Directrice SAVS/ SAMSAH/ résidences A*
8. *Directrice MDPH et responsable du service évaluation de la MDPH*
9. *Directrice Centre de Post Cure*
10. *Directrice ESAT*
11. *Directrice SAVS B*
12. *Responsable de service et Médecin ARS*
13. *Retraité médecin de santé publique MDPH*
14. *Professionnels du service évaluation de la MDPH (quatre professionnelles en Focus Group).*

Annexe 2 : Liste des sigles

AAH :	Allocation Adulte Handicapé
AEEH :	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
ALI :	Animatrices Locales d'Insertion
AMP :	Aide Médico-Psychologique
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
AVS :	Auxiliaire de Vie Scolaire
CAT :	Centres d'Aide par le Travail
CATTP :	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDAPH :	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDES :	Commissions Départementales de l'Education Spéciale
CDTD :	Centres de Distribution du Travail à Domicile
CFTMEA :	Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent
CIF :	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIH :	Classification Internationale du Handicap
CIM :	Classification Internationale des Maladies
CIO :	Centre d'Information et d'Orientation
CLIS :	Classes d'Intégration Scolaire
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CNED :	Centre National d'Enseignement à Distance

CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COP :	Conseiller d'Orientation Psychologue
COTOREP :	Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel
CPE :	Conseiller Principal d'Education
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSM :	Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux
ESAT :	Etablissements ou Services d'Aide par le Travail
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
FIPHPF :	Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
GEM :	Groupe d'Entraide Mutuelle
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Hôpital Patient Santé Territoire
IME :	Institut Médico-Educatif
IMPro :	Institut Médico-Professionnel
ITEP :	Institut Thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
MDA :	Maison des Adolescents
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
NPM :	New Public Management
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PACEA :	Parcours Contractualisé d'Accompagnement vers l'Emploi
Paerpa :	Parcours pour personnes âgées en voie de perte d'autonomie

PAG :	Plan d'Accompagnement Global
PAI :	Projet d'Accueil Individualisé
PAS :	Prestation d'Appui Spécifique
PLIE :	Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi
PMSI :	Programme de Médicalisation des Services d'Information
PPS :	Projet Personnalisé de Scolarisation
PTSM :	Projet Territorial de santé mentale
RAPT :	Réponse Accompagnée Pour Tous
RIM-P :	Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie
RQTH :	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSA :	Revenu de Solidarité Active
SAMETH :	Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Personnes Handicapées
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAPAD :	Service d'Assistance Pédagogique à Domicile
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SEGPA :	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SESSAD :	Service d'Education Spéciale et de soins à domicile
T2A :	Tarifification à l'Activité
ULIS :	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UPI :	Unité Pédagogiques d'Intégration
URCAM :	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Titre : « Qu'est-ce qu'on va devenir ? » Négociations des parcours de vie de jeunes confrontés à des troubles psychiques au moment du passage à l'âge adulte.

Mots clés : Troubles psychiques, Handicap psychique, Jeunesse, Passage à l'âge adulte, Parcours de vie.

Résumé : Le passage à l'âge adulte est marqué par de nombreuses transitions sociales : fin de la scolarité et des études, insertion dans l'emploi, accès à un logement autonome, etc. Le passage de ces épreuves sociales est aujourd'hui non linéaire et réversible, pourtant l'injonction au placement social rapide par le diplôme et l'emploi reste forte. Cette thèse porte sur les parcours de jeunesse, lorsque des troubles psychiques sont identifiés et remettent en question les inscriptions sociales des jeunes.

Cette recherche s'appuie sur une enquête qualitative, menée à l'échelle d'une agglomération, par entretiens auprès de trente-neuf jeunes (récits de vie), mais aussi avec des parents et des professionnels (des champs scolaire, psychiatrique, médico-social, social). Ces matériaux sont complétés par deux enquêtes par immersion et observation : dans un dispositif de scolarité d'une clinique et une mission locale.

Cette thèse propose d'analyser l'imbrication et le poids d'une série de facteurs sur les expériences et la négociation des parcours des jeunes selon leur milieu social et leurs ressources : en particulier les représentations, la morale des acteurs impliqués et l'offre territoriale. La thèse décrit les processus de qualification et de traitement social des troubles et du handicap psychique et présente le cadre et les modalités de négociation de deux normes occupationnelles du passage à l'âge adulte: la scolarité et l'insertion dans l'emploi. Elle montre la manière dont les troubles psychiques exacerbent le positionnement dans les modes d'expérience du passage à l'âge adulte décrits par la sociologie de la jeunesse, du côté du placement social ou de celui de la quête de soi.

Title : "What are we going to become?" Negotiations on the life paths of young people who are facing mental disorders at the time of their transition to adulthood

Keywords : Psychiatric disorder, Mental disability, Young people, Passage to adulthood, Life course

Abstract : The passage into adulthood is marked by numerous social transitions: the end of schooling and studies, integration into employment, move to autonomous housing, etc. The passage through these social challenges is currently non-linear and reversible, yet the pressure to rapidly establish a social position through qualifications and work remains high. This thesis looks at the routes taken by young people when psychiatric disorders are identified and questions the social conformity imposed on the young.

The research is based on a qualitative survey carried out at the scale of an agglomeration featuring interviews with 39 young people (life stories), as well as parents and professionals (school, psychiatric, medico-social and social fields). This material is supplemented by two studies involving immersion and observation: in the school unit of a health clinic and a local centre.

This thesis sets out to analyse how a series of factors interweave and influence the experiences of young people and how they manage their life courses depending on their social background and resources: in particular, the representations, moral role of the people involved, and local availabilities. The thesis describes the processes of qualification and social treatment of psychiatric disorders and disabilities and presents the framework and means of handling two occupational norms involved in the passage to adulthood: i.e. schooling and integration into employment. It shows how psychiatric disorders exacerbate the positioning in the experience of the passage to adulthood described by youth sociology, in terms of social place or the quest for self-fulfilment.